

REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur – Fraternité - Justice



Ministère de l'Economie et des Finances (MEF)

**CONSEIL NATIONAL DE DEVELOPPEMENT DE LA
NUTRITION**

Version Décembre 2015

**PLAN STRATEGIQUE MULTISECTORIEL DE
NUTRITION**

2016-2025

Mauritanie, Avril 2016

SOMMAIRE

Avant-propos.....	3
Abréviations	4
Résumé exécutif	5
Introduction.....	6
CHAPITRE I.....	7
ANALYSE DE LA SITUATION	7
1.1 Contexte National	7
1.2. Analyse de la situation nutritionnelle des populations	7
1.3. Principales causes des taux élevés de malnutrition.....	10
1.4. Conséquences des taux élevés de malnutrition	15
1.5. Analyse de la réponse nationale et défis	16
CHAPITRE II.....	19
ORIENTATIONS STRATEGIQUES.....	19
2.1 Cadres de référence du plan stratégique multisectoriel de nutrition	19
2.2. Vision	19
2.3. But	19
2.4 Objectifs spécifiques	20
2.5 Principes directeurs.....	20
2.6. Groupes cibles et zones d’investissements prioritaires.....	20
2.7. Cadre d’action pour la lutte contre la malnutrition	21
2.8. Cadre commun de résultats	22
CHAPITRE III.....	29
MISE EN OEUVRE, FINANCEMENT ET CADRE DE SUIVI ET EVALUATION	29
1. Cadre de mise en œuvre	29
1.2. Stratégie de mise en œuvre	29
1.3. Principaux intervenants	29
1.4 Dispositif national de coordination et de suivi	31
2. Budgétisation et source de financement	32
3. Cadre de suivi et d’évaluation	32
ANNEXE	33
INDICATEURS ASSOCIES AU CADRE COMMUNUN DES RESULTATS.....	33

Avant-propos

Une bonne nutrition soutien l'équité intergénérationnelle. Alors, que devons-nous faire différemment, si nous voulons garantir au couple mère-enfant une nutrition optimale ?

La malnutrition constitue en Mauritanie un phénomène structurel, nécessitant une réponse coordonnée avec des interventions multisectorielles intégrées qu'il convient de passer à l'échelle. L'accès à une bonne nutrition a été longtemps prôné au nombre des droits humains, mais aujourd'hui l'exercice de ce droit d'investissement dans le domaine de la nutrition permet de générer des arguments pour amener les décideurs à mieux investir dans la nutrition et surtout d'adopter des politiques de gouvernance qui permettent de s'attaquer aux causes fondamentales de la malnutrition au niveau des pays.

La légitimité du plan stratégique multisectoriel de nutrition vient des conséquences souvent irréversibles du double fardeau de la malnutrition, de la complexité de ses causes et de la nécessité d'y faire face selon une démarche multisectorielle, multidimensionnelle, multifactorielle, transdisciplinaire et multi acteurs. En effet, les activités **spécifiques nutrition** à haut impact, pour être efficaces et efficientes, devraient se concevoir et s'opérationnaliser en synergie avec des actions **sensibles à la Nutrition** dans le domaine de la sécurité alimentaire, l'eau et l'assainissement, la protection sociale, ou l'éducation pour garantir une efficacité des stratégies de lutte contre la sous-alimentation ou la malnutrition et une pérennisation des acquis.

Les progrès dans la réduction de la sous-nutrition dépendent du renforcement des systèmes de gouvernance de la nutrition. Il nous faut en Mauritanie adopter les bonnes pratiques de gouvernance de la nutrition à travers des structures et des systèmes au niveau horizontal (intersectorielle), et au niveau vertical (national et local) pour appuyer le passage à l'échelle des interventions de nutrition. C'est pourquoi, le Conseil National de Développement pour la Nutrition (CNDN), appuyé par ses Comités Techniques (CTP et CRC) a entrepris la révision du Plan d'Action Intégré de Nutrition (PAIN) sous forme de Plan Stratégique Multisectoriel Nutrition (PSMN) afin de :

- *guider le choix et la mise en œuvre des interventions sectorielles et intersectorielles ; ce qui aura pour impact de réduire la malnutrition, de freiner ainsi ce cycle récurrent de crises nutritionnelles et de renforcer la résilience des communautés face aux crises alimentaires et nutritionnelles.*
- *offrir aux acteurs un cadre d'interventions consensuel multisectoriel et multipartite intégrant un cadre commun de résultats et une budgétisation des interventions spécifiques et sensibles à la nutrition pour la période 2016 – 2025*

Ce PSMN sera le cadre d'orientation pour tous les acteurs intervenant dans le domaine de la nutrition ; ainsi :

- 1) *pour les Départements ministériels, il servira de base pour l'élaboration des plans d'actions spécifiques de chaque Département en conformité avec les responsabilités qui leur sont assignés ; renforçant ainsi la redevabilité envers les résultats attendus ;*
- 2) *pour les acteurs communautaires et le secteur privé, il servira d'orientation dans les choix de zones, de cibles et d'actions dans un esprit de renforcement de l'action gouvernementale et de complémentarité entre leurs interventions ;*
- 3) *pour les Partenaires techniques et financiers, il sera la référence de leurs appuis et de leurs interventions en matière de nutrition en venant en appui et en complémentarité avec l'action des différents acteurs nationaux.*

Le défi résidera dans notre capacité à traduire les options stratégiques en matière d'intervention de nutrition en plan d'action d'opérationnalisation qui conduira à l'impact.

Abréviations

AME	Allaitement Maternel Exclusif
BM	Banque Mondiale
CII	Collaboration Intra et Intersectorielle
CIN	Communication Intégrée en Nutrition
CPD	Communication Pour le Développement en Nutrition
CRCN	Commission Régionale de Coordination pour la nutrition
CSA	Commissariat pour la Sécurité Alimentaire
CTP	Comité Technique Permanent
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Agriculture
IMF	Institutions de Micro-finances
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
LQAS	Lot Quality Assurance Sampling
MA	Ministère de l'Agriculture
MASEF	Ministère des Affaires Sociales de l'Enfant et de la Famille
MESRS	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
MIDEC	Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation
MILDA	Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action
MP	Ministère des Pêches
MS	Ministère de la Santé
ND	Non Défini (nécessite une enquête /étude de base pour les valeurs des indicateurs concernés)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONS	Office National de la Statistique
OSC	Organisations de la Société Civile
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PCMAS	Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë Sévère
PFE	Pratiques familiales essentielles
PHA	Pratiques d'Hygiène et d'Assainissement
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UE	Union Européenne
CSPL	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
Unicef	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

Résumé exécutif

Suite à la validation technique

Introduction

A l'image de la plupart des pays du Sahel, la malnutrition est un problème de santé publique en Mauritanie. En effet, au cours de la dernière décennie, les différentes formes de malnutrition ont connu des fluctuations assez importantes d'une année à l'autre et au cours d'une même année entre la période de soudure et celle post-récolte. Cette situation a connu son paroxysme en 2012 où certaines régions jusqu'ici épargnées ont connu une augmentation sans précédent des taux de malnutrition aiguë globale. Par ailleurs, le retard de croissance reste au-dessus de 20% depuis 2008 dans quasiment toutes les régions du pays avec les régions du nord qui affichent les taux les plus élevés. A cela s'ajoute des carences en micronutriments affectant une bonne frange de la population. En contrepartie, l'action reste largement insuffisante, avec, à titre d'exemple, trois quart des enfants qui ne bénéficient pas d'allaitement maternel exclusif.

Face à cette situation particulièrement préoccupante, le Gouvernement avec ses réformes socio-économiques donnant la priorité au développement humain, à l'amélioration de la situation des plus démunis et de la situation nutritionnelle, a pris un réel engagement dans la lutte contre la malnutrition en prenant en compte le caractère multisectoriel et multi-causal de la malnutrition à travers l'adoption du texte mettant en place le Conseil National de Développement de la Nutrition (CNDN) et ses démembrés. Par ailleurs, le pays s'est aussi engagé à soutenir les initiatives dans le domaine du renforcement de la nutrition par son adhésion à l'initiative « Renewed Effort Against Child Hunger » (REACH) et au mouvement « Scaling Up Nutrition » (SUN).

En 2011, le Gouvernement de Mauritanie a élaboré un premier draft du Plan d'Action Intersectoriel de Nutrition (PAIN), couvrant la période de 2011 à 2015, en vue d'une mise à l'échelle des interventions en nutrition dans un cadre intégré et holistique. Ce Plan qui inclut 17 interventions, structurées en cinq domaines prioritaires s'adressent aux causes directes et sous-jacentes de la malnutrition. Malgré l'engagement étatique et les efforts consentis pour la conduite d'une étude de « cas d'investissement » pour soutenir les efforts d'opérationnalisation du PAIN, sa mise en œuvre a tardé à se mettre en place.

C'est pourquoi, sous les orientations du Comité Technique Permanent du Conseil National de Développement de la Nutrition, un processus de révision / actualisation du Plan d'Action Intersectoriel de Nutrition (PAIN) a été initié dans le cadre d'un Plan Stratégique Multisectoriel de Nutrition (PSMN). Il envisage, à travers une approche multisectorielle, identifier et regrouper les interventions spécifiques et sensibles à la nutrition afin d'apporter une réponse concertées aux causes directes et sous-jacentes de la malnutrition; il cherche à opérationnaliser et à mettre à l'échelle des interventions à impact prouvé selon une approche de gestion axée sur les résultats.

CHAPITRE I

ANALYSE DE LA SITUATION

1.1 Contexte National

La République Islamique de Mauritanie se trouve dans l'une des régions agro-écologiques les plus contraignantes de la planète. Pays sahélo-saharien, situé dans l'Ouest Africain sur un vaste territoire de 1.030.700 Km², la Mauritanie dispose d'une façade maritime de 740 km. Il est caractérisé par un climat chaud et sec. Les précipitations y sont rares et la pluviométrie varie de 500 à 50 mm/an du Sud au Nord. Le fleuve Sénégal constitue le seul cours d'eau permanent dans le pays. Sous l'effet des sécheresses récurrentes, sa végétation s'amenuise globalement en allant du Sud vers le Nord. Le désert qui avance à grand pas (de 10 km par an), occupe déjà les 3/4 du territoire national et occasionne une chute notable des rendements du secteur agropastoral, l'un des piliers de l'économie mauritanienne. Les crises alimentaires qui en découlent se manifestent avec plus ou moins d'acuité selon les zones, avec des conséquences notables sur le statut alimentaire et nutritionnel des populations.

Le dernier recensement général de la population (RGPH) de 2013, estimait à 3.458.990 habitants, la population totale. Le taux de croissance démographique est de l'ordre de 2.9% par an, avec 18,5% d'enfants de moins de cinq ans et 23% de femmes en âge de procréer. Nouakchott, la capitale du pays abrite au moins 23% de la population totale, suivi de Hodh El Chargui 11%. Les Wilayas d'Inchiri et Tiris Zemmour étant les moins peuplées avec moins de 1% de la population totale. Le sexe ratio est de 0,97 avec 49% d'hommes et 51% de femmes. La population mauritanienne se compose de quatre grandes ethnies que sont les Arabes, les Pullars, les Soninkés et les Wolofs.

La Mauritanie demeure un pays à faible niveau de développement humain (avec un IDH de 0,467 soit 155^e rang sur les 187 pays classés¹). La Mauritanie est l'un des pays où les taux de mortalité maternelle, infantile et infanto juvénile sont les plus élevés. On estime la mortalité maternelle à 620 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et la mortalité infanto juvénile à 118 pour 1000 avec 75 pour 1000 avant la 1^{ère} année de vie². Même si la tendance de ces indicateurs est à l'amélioration, le rythme de réduction des taux de mortalité est trop lent du fait entre autre des faiblesses du système de santé, de l'insuffisance d'utilisation des services préventifs et curatifs de santé, de la fréquence répétée des urgences et de la faible résilience des populations.

1.2. Analyse de la situation nutritionnelle des populations

La prévalence de la malnutrition aiguë est marquée par une situation de crise avec des seuils qui dépassent 15% en juin-juillet dans certaines régions du Sud et Sud-Est du pays (Assaba, Brakna, Gorgol, Guidimakha, Hodh El Chargui et Hodh El Gharbi)³. Cette situation a connu son paroxysme

¹Rapport mondial sur le développement humain de 2012

² MICS4, 2011

³ Enquêtes SMART de 2008 à 2015

en 2012 où certaines régions jusqu'ici épargnées comme le Tagant ont connu une augmentation sans précédent des taux de malnutrition aiguë globale. Bien que les années 2011 et 2012 soient considérées comme des années particulièrement difficiles, les tendances montrent que la situation est similaire aux années antérieures avec une augmentation des taux de malnutrition aiguë pendant la période de soudure suivi d'une accalmie pendant la période post-récolte.

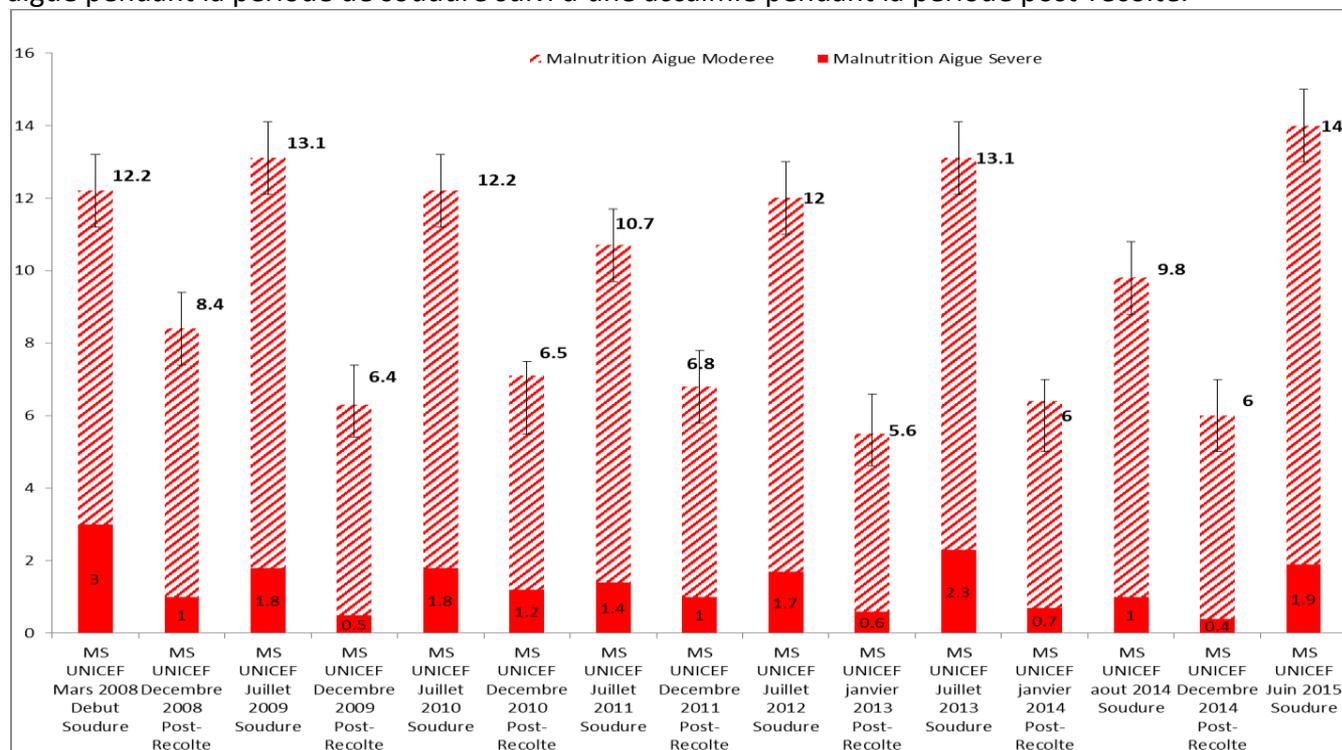


Figure 1: Evolution de la malnutrition aiguë entre les périodes de soudure et post-récolte de 2008 à 2015 (SMART).

La constance de cette variation en dépit des interventions d'urgence montre que les facteurs causaux sont plus structurels que conjoncturels, et justifie amplement la mise en œuvre d'une approche programmatique multisectorielle s'inscrivant à moyen et long terme. Aussi, la récente crise au Mali avec l'afflux de réfugiés sur le territoire national a contribué à déstructurer le tissu économique en aggravant la pression sur les maigres ressources naturelles et le pâturage donc sur le cheptel, principal source de revenu des régions du Sud Est du pays entraînant une insécurité alimentaire croissante et ses conséquences sur l'accès à une alimentation suffisante et de qualité.

L'insuffisance pondérale a connu une baisse significative de 66% passant de 48% à 20,4% entre 1990 et 2015⁴. Bien que la réduction ait été conforme à l'Objectif 1 des OMD, elle cache des disparités régionales avec les régions du Sud, Centre et Sud Est qui restent encore fortement affectées.

Le retard de croissance connaît un rythme de réduction moins marqué que celle du déficit pondéral depuis 2008. Il est évalué en 2015 à 21 % avec des situations critiques au niveau des Wilayas de Hodh el Chargui et Tagant où les prévalences sont comprises entre 30 et 40%. Certaines régions comme le Gorgol, le Trarza, Nouadhibou et Nouakchott ont des prévalences de malnutrition chroniques considérées comme acceptable selon l'OMS car inférieur à 20%. Les

⁴SMART 2015

régions restant sont en situation sérieuse de malnutrition chronique avec des prévalences comprises entre 20 et 30%.

Figure 2 : Prévalence du retard de croissance par régions en Mauritanie (SMART, Juin 2015).

En ce qui concerne **les carences en micronutriments**, très peu de données récentes sont disponibles :

- *Au sujet de l'anémie, 71% des enfants de 6 à 59 mois étaient anémiques⁵ en période de soudure. Parmi ceux-ci, 28,5% étaient de forme légère, 40,0% de modérée et 3,1% de sévère. Toutes les régions avaient des taux d'anémie supérieure à 40%, seuil au-delà duquel la prévalence de l'anémie est considérée comme élevée. Les wilayas de Guidimakha (82,8%), du Hodh El Gharbi (81,7%) présentaient les taux les plus élevés alors que les taux les plus faibles se retrouvaient à Nouakchott (58,3%) et au Nord (55,4%). Cette prévalence de l'anémie était assez révélatrice du statut en micronutriments de la population en général et des enfants en particulier.*
- *Pour ce qui est de la carence en iode, 52,7 % des ménages disposent du sel iodé⁶. L'analyse quantitative par titrimétrie a montré une faible teneur moyenne d'iode dans ce sel (11,5 ppm) et une faible couverture des ménages (17,4 %) disposant du sel adéquatement iodé (≥ 15 ppm d'iode). Bien que le niveau de goitre ait régressé de 30,9% en 1995 à 9,3% en 2012, des disparités sont observées entre les milieux urbains (8,2%) et ruraux (10,3%) et entre filles (8,1%) et garçons (10,7%).*
- *Il n'existe pas d'enquête nationale documentant les carences en vitamine A ou d'autres micronutriments, cependant, des données partielles estiment qu'elles seraient fréquentes chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Il a été estimé à 48% chez les enfants en âge pré-scolaire en 2009.*
- *La Mauritanie fait face au double fardeau de la sous nutrition chez les enfants et l'obésité chez les adultes. L'obésité est perçue en Mauritanie comme un véritable problème de santé publique. L'aspect esthétique du surpoids motive le gavage des jeunes filles. Il consiste à contraindre des jeunes filles à avaler de très fortes quantités de nourriture dès 9 à 11 ans. Les conséquences médicales du gavage sont multiples, facilités par l'inactivité (maladies cardio-vasculaires, insuffisance rénale, arthrose, Apnée du sommeil, le diabète et l'hypertension artérielle). La tradition du gavage des jeunes filles tend à disparaître dans les zones urbaines, mais elle reste présente dans les zones rurales même si les sécheresses consécutives ont décimé les cheptels d'animaux. En effet, dans ces dernières années, les femmes et les filles se tournent vers d'autres méthodes encore plus drastiques, comme la prise de produits contenant de la cortisone, incluant ceux destinés à attribuer un gain de poids aux bovins; des sirops développant l'appétit et même des médicaments psychotropes.*

⁵SMART juillet 2012

⁶Enquête sur les troubles dus à la carence en iode (TDCI), avril 2012

⁷ Global Nutrition Report ; Document de l'OMS de 2009

1.3. Principales causes des taux élevés de malnutrition

La figure suivante montre le cadre d'analyse de la situation nutritionnelle développé lors de l'atelier national de validation du Cadre de résultats.

Conformément au cadre conceptuel des causes de la malnutrition, il en ressort que les déterminants de la situation nutritionnelle en Mauritanie sont multisectorielles.

Situation nutritionnelle des enfants et des femmes en Mauritanie

Morbidité et mortalité élevées chez les enfants de moins de 5 ans (IRA, Palu, Diarrhée, et autres infections...)

Impact négatif sur les capacités cognitives et sur la productivité économique

Morbidité et Mortalité maternelles aggravées avec retard de croissance intra-utérine

Seuils de malnutrition aiguë dépassant les seuils d'urgence de 15%

Persistance de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans

Malnutrition chronique reste encore élevée chez les enfants de moins de 5 ans

Carence en micronutriments (Prévalence élevée de l'anémie chez < 5 ans et les FEAP, Prévalence élevée en goitre)

Accès limité à une alimentation en quantité et en qualité suffisantes

Faible capacité de production - Accès insuffisant à l'alimentation - Accès financier limité - Faible revenu des ménages.

Insuffisance/faiblesse du système d'alerte précoce

Faible contrôle de qualité des aliments

Inaccessibilité Géographique (Capacité insuffisante de transport, conservation, enlèvement)

Conditions environnementales, sociales défavorables et Comportements d'alimentation inadéquats

Conditions vie contraignante (hygiène et assainissement, accès à l'eau, etc.)

Insuffisance de connaissances pratiques de nutrition, d'hygiène et de soins

Faible niveau d'éducation / d'instruction des filles et des femmes

Faible implication des communautés dans la promotion des pratiques familiales essentielles

Pesanteurs socio culturels, tabous, etc.

Insuffisance d'accès et d'utilisation des services préventifs et curatifs de santé et de nutrition par les enfants, les

Accès insuffisant aux services de santé et Nutrition (financier, géographique, etc.)

Insuffisance d'intégration des services nutritionnels au sein des services préventifs et curatifs de santé

Importance des autres occasions manquées de suivi dans les autres secteurs non santé

Pauvreté

Analphabétisme et ignorance

Catastrophes naturelles

Dépendance alimentaire

Insuffisance de mise en œuvre du Cadre Politique et législatif

Faible Planification et gestion

Faible coordination, multisectorialité, suivi & évaluation

Au nombre des causes immédiates, on distingue (1) les pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants non encore optimales et (2) la fréquence des maladies :

(1) Les pratiques inappropriées de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sont parmi les obstacles majeurs au maintien d'un état nutritionnel adéquat, et contribuent aux niveaux élevés de malnutrition en Mauritanie. L'évolution des indicateurs clés d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant est inconsistante et très mitigée (Tableau 1). En effet, ces indicateurs connaissent une évolution favorable en dents de scie qui ne semble pas être liée à une intervention de renforcement et de passage à l'échelle des interventions de promotion des pratiques optimales d'ANJE. Ce qui laisse présager que des actions de consolidation sont nécessaires.

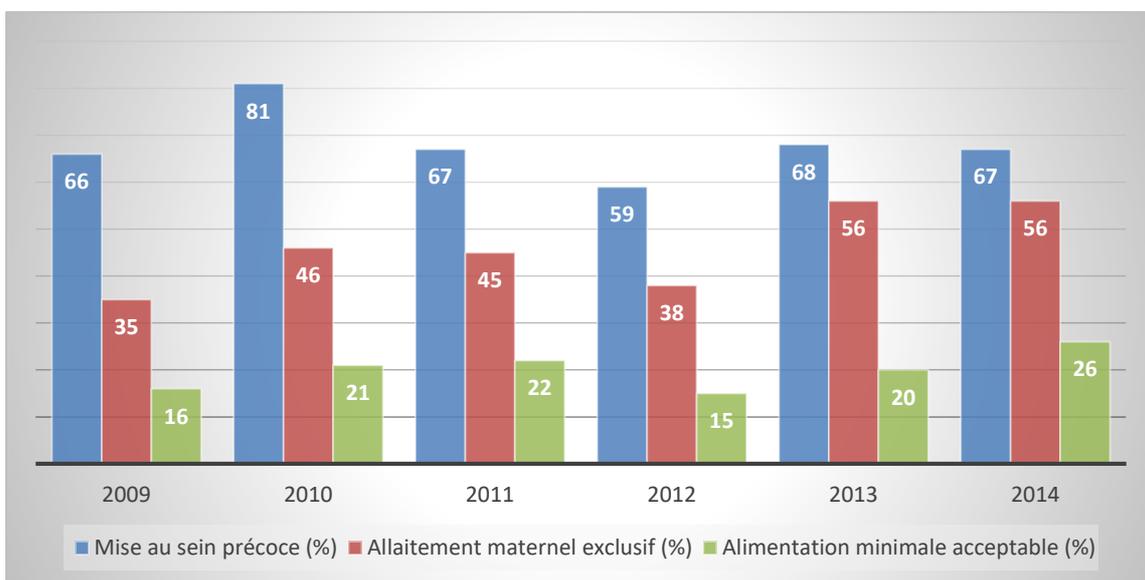


Figure 3 : Evolution des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant de 2008 à 2014⁸

Certaines conditions socio-comportements ne sont pas favorables à l'adoption des pratiques optimales d'ANJE :

- Faible niveau d'éducation / d'instruction des filles et des femmes
- Surcharge de travail des femmes qui laisse peu de temps pour s'occuper des enfants
- Pesanteurs socio culturelles, tabous, etc.

(2) Le profil épidémiologique du pays demeure marqué par la prédominance des maladies infectieuses et parasitaires. Le paludisme demeure la principale cause de maladie au niveau de la population avec des morbidités de 20,1% et 19,3% en milieu rural et urbain respectivement. Selon l'Enquête Permanente sur les Conditions de Vie des ménages de 2014, la diarrhée représente la deuxième cause avec 9,3% des

⁸ Enquête SMART de décembre de chaque année.

maladies affectant la population. Selon l'enquête SMART 2015, 16,6% des enfants de moins de 5 ans ont eu la diarrhée dans les deux semaines ayant précédées l'enquête.

Au nombre des causes sous-jacentes, on distingue (1) l'insécurité alimentaire, (2) l'Insuffisance d'accès et d'utilisation des services préventifs et curatifs de santé et de nutrition par les enfants, les adolescentes et les femmes, (3) les mauvaises conditions d'hygiène et d'assainissement :

(1) La période de soudure a un impact élevé sur la disponibilité des ressources alimentaires et les mécanismes de résilience des populations pour empêcher une dégradation de la situation nutritionnelle des enfants restent insuffisantes. Les résultats de la dernière enquête de suivi de la sécurité alimentaire des ménages de juillet 2013 révèlent que 23,7% de la population était en insécurité alimentaire soit pas moins de 800 000 personnes dont 190 000 en situation d'insécurité alimentaire sévère. Les Wilaya du Guidimakha (40%), Assaba (37,6%), Tagant (34,8%) et Gorgol (31,3%) enregistrent les taux d'insécurité alimentaire les plus élevés. Les autres facteurs limitant l'accès à une alimentation en qualité et en quantité suffisantes sont entre autres :

- *la recherche limitée pour l'amélioration de la production animale et végétale,*
- *l'investissement limité dans les infrastructures de conservation et de transformation des productions alimentaires*
- *l'incapacité des producteurs à lutter contre les fléaux (oiseaux granivores, etc.)*
- *la faible capacité de production intensive d'aliments (animale et végétale)*
- *le faible contrôle de qualité des aliments*
- *l'accès limités à cause du coût élevé des aliments et du faible revenu des ménages,*
- *l'inaccessibilité géographique avec capacités insuffisantes de transport et de conservation, et enclavement de certaines zones*

(2) Le taux de couverture vaccinale contre la rougeole est de 78%⁹; (ii) la proportion de ménages qui disposent d'une moustiquaire est de 45,%. La densité des trois catégories de personnels sanitaires (médecins généralistes, de SFE et d'infirmiers ensembles) pour 10.000 habitants est restée durant les cinq dernières années en dessous de la norme de 23/10.000 habitants fixée comme seuil minimum requis pour l'offre de services de soins de santé maternelle et infantile. Cette densité théorique est passée de 7,6/10.000 habitants en 2011 à 11/10.000 habitants en 2016 et cache des grandes disparités entre les zones et les circonscriptions sanitaires du pays. Le suivi de la grossesse demeure insuffisant même si des progrès importants ont été réalisés si l'on sait que le taux de consultations prénatales est passé de 75,4% en 2007 à 84% en 2011. La carte sanitaire élaborée en 2014 a montré, l'existence de moughataa avec plusieurs structures sanitaires non pourvues par exemple en sage-femme et d'autres avec peu de formations sanitaires pourvues de grands nombres de sage-femme. Ce qui porte un sérieux préjudice à la disponibilité même des services de santé de base. La dispersion spatiale de la population occasionnée par la

⁹ Rapport principal, évaluation du CSLP 2001-2015 ; juillet 2015

sédentarisation anarchique est un autre facteur qui vient compromettre aussi l'accessibilité aux personnels de santé qualifiés. En plus de l'insuffisance de la couverture en services de santé, l'accès insuffisant aux services de santé et nutrition (financier, géographique, etc.), les autres facteurs limitant sont entre autres :

- *Ressources humaines compétentes en nutrition insuffisantes,*
- *Insuffisance d'intégration des services nutritionnels au sein des services préventifs et curatifs de santé,*
- *Importance des autres occasions manquées de suivi nutritionnel dans les autres secteurs non santé.*

(3) L'accès à une eau potable et à une hygiène convenable, et l'élimination efficaces des selles sont d'importants facteurs de propagation des maladies transmissibles (maladies hydriques, paludisme, ...) qui peuvent affecter le statut nutritionnel des enfants. A l'échelle nationale, seuls 53% des ménages ont accès à l'eau potable avec forte disparité entre le milieu urbains et le milieu rural. La défécation à l'air libre et son corollaire de maladies diarrhéiques restent un problème de santé publique¹⁰. En effet, selon l'EPCV de 2014 le pourcentage de ménages déféquant à l'air libre est évalué à l'échelle du pays à 35 % avec un taux de 58 % en milieu rural et 12 % en milieu urbain. La promotion de l'assainissement individuel est portée par l'ATPC (Assainissement Total Piloté par la Communauté). Depuis le démarrage de la mise en œuvre de l'ATPC en 2009, environ 2 500 localités ont été certifiées « Fin de la Défécation à l'Air Libre – FDAL » sur environ 7 200 localités de 20 à 5 000 habitants éligibles à l'ATPC soit 33% de réalisation. A la fin 2015, il reste environ 5 100 localités non certifiées FDAL dans le pays, sans compter les zones péri-urbaines dans lesquelles la situation de l'assainissement individuelle n'est pas mise à jour. L'enquête MICS de 2011 a montré qu'à l'échelle du pays, un lieu spécifique pour le lavage des mains a pu être observé dans 53 % des ménages. Parmi ceux-ci, 56 % avait à la fois de l'eau et du savon à l'endroit désigné, 18 % avaient de l'eau, mais pas de savon, 8 % avaient un savon disponible, mais pas d'eau et 13 % n'avaient ni eau ni savon. Au total, deux tiers des ménages (66 %) ont du savon quelque part dans le logement. Cette proportion est plus grande dans le milieu urbain (79 % contre 57 % dans le milieu rural).

Au nombre des causes structurelles des différentes formes de malnutrition, on distingue

- (1) La pauvreté,
- (2) l'analphabétisme et l'ignorance ;
- (3) Les catastrophes naturelles en particulier les sécheresses cycliques ;
- (4) La dépendance alimentaire avec une part considérable d'importation dans la couverture des besoins alimentaires du Pays ;
- (5) L'existence de monopole dans les importations de denrées alimentaires
- (6) L'insuffisance de mise en œuvre du Cadre Politique et législatif ;
- (7) La faible qualité de planification et de gestion.
- (8) Les difficultés dans la planification interdisciplinaire (insuffisance de cadres polyvalents) ;
- (9) Insuffisance du système d'alerte précoce

¹⁰ MICS4, 2011

(10) le manque de clarté dans l'établissement des priorités et dans l'attribution des responsabilités institutionnelles pour la mise en œuvre d'un plan d'action concerté en matière de nutrition pouvant avoir un impact réel sur les populations¹¹.

(11) L'insuffisance de la coordination, de la multisectorialité, du suivi & de l'évaluation.

En dépit des retombées financières du pétrole et de l'exploitation minière, une frange importante de la population (31% en 2014¹²) vit en dessous du seuil minimum de pauvreté et consomme moins de 2100 Kcal par jour ; « selon les différentes enquêtes permanentes sur les conditions de vie des ménages (EPCV), la pauvreté monétaire a enregistré une diminution continue : 51% en 2000, 46,7% en 2004, 42% en 2008, soit ... un rythme annuel moyen de régression d'environ 1,1 ... et 31% en 2014, soit ... un rythme annuel moyen de régression de 1,8% ; cette réduction a été plus forte dans le rural avec un taux moyen annuel de 2,5% contre seulement 0,7% en milieu urbain »¹³.

L'urbanisation en Mauritanie s'accélère avec plus de la moitié de la population qui vit actuellement dans les villes. Contrairement aux ruraux, les citoyens dépendent entièrement du revenu monétaire pour leur survie, ce qui entraîne des écarts importants de revenus et d'accès aux services sociaux de base entre les différentes couches socio-économiques.

Malgré une évolution favorable de l'incidence de la pauvreté, celle-ci constitue encore le lit du développement de la malnutrition sous toutes ses formes dans ces communautés pauvres, plus vulnérables.

L'analphabétisme et l'ignorance assez marqués dans ces groupes accentuent leur vulnérabilité nutritionnelle quand on se rappelle le lien fort, et qui n'est plus à démontrer, entre le niveau de scolarisation de la mère et l'état de santé de ses enfants en bas âge. En effet le taux net de scolarisation primaire est évalué à 61%. Le mariage avant l'âge de 15 est passé de 19% en 2007¹⁴ à 14,8% en 2011¹⁵),

Par ailleurs, et compte tenu de sa situation géographique, la Mauritanie est le pays du Sahel le plus affecté par les variations saisonnières de la pluviométrie et donc de la sécheresse et de la désertification. Les cycles répétés de sécheresse et la dégradation des ressources naturelles affectent structurellement et profondément les capacités productives des populations dans un pays où l'agriculture est majoritairement traditionnelle et peu rentable. Depuis la grande sécheresse de 1973, de nombreux facteurs structurels et conjoncturels impactent la sécurité alimentaire des populations les plus vulnérables et les rendent incapables de reprendre une situation normale et donc de renforcer leur résilience à ces phénomènes cycliques. Plus spécifiquement, le Sahel a été affecté en 2011 par une sécheresse qui, en Mauritanie, s'est traduite par une baisse de la production agricole de plus de 50% par rapport à la moyenne des cinq dernières années, d'importantes pertes de bétails dues à la raréfaction du pâturage et à l'assèchement des points d'eau.

¹¹ Rapport d'évaluation globale du CSLP 2001-2015

¹² Rapport principal, évaluation du CSLP 2001-2015 ; juillet 2015

¹³ Rapport principal, évaluation du CSLP 2001-2015 ; juillet 2015

¹⁴ MICS3, 2007

¹⁵ MICS4, 2011

1.4. Conséquences des taux élevés de malnutrition

En l'absence d'études nationales dégageant des corrélations et des causalités, les données mondiales sont mises à profit pour supposer les conséquences de la malnutrition tant sur les individus que sur le Pays. Ce qui oblige les intervenants à prendre des mesures curatives ponctuelles.

a. Au niveau individuel

Responsable de plus de 3 millions de décès chez les enfants dans le monde et contribuant pour 35% de morbidité infantile¹⁶, la malnutrition serait donc responsable en partie du mauvais état de santé des enfants de moins de 5 ans et de la réduction lente des taux de mortalité infanto-juvénile.

Pour les adolescentes victimes de malnutrition, le retard de croissance qui en découle – et donc la petite taille – expose cette future mère à des problèmes de santé lors des périodes de grossesse et d'accouchement.

Par ailleurs, la malnutrition aurait pour conséquence un retard de développement psychomoteur et cognitif des enfants des milieux les plus défavorisés le plus souvent vivant en insécurité alimentaire ; ce qui entretient cet état de pauvreté à cause des ruptures scolaires et de la faible productivité des adultes, en particulier les mères souffrant de malnutrition (apports énergétiques insuffisants et carences en micronutriments (Fer, vitamine A et Iode).

b. Au niveau national

« *La sous-nutrition est à la fois une conséquence et une cause de la pauvreté* »¹⁷. La malnutrition a un coût économique lié à la fois (i) au coût de prise en charge de la ou les pathologies secondaires à l'état de malnutrition et (ii) au coût d'insuffisance de la productivité actuelle (adultes) ou future (enfants et adolescents) liée à cette situation. En 2011, il est estimé que la carence en vitamine A et en sels minéraux ferait perdre 38 millions de dollars au PIB du Pays¹⁸ ; le rapport mondial sur la nutrition¹⁹ de 2014 estime de 8% à 20% de perte de PIB secondaire aux carences en vitamine A et en sels minéraux dans les pays d'Afrique connaissant un lourd fardeau de la malnutrition, y compris la Mauritanie. Par ailleurs, l'amélioration de l'état nutritionnel stimule la croissance économique²⁰. En effet, la malnutrition en étant une cause de pauvreté, sa prévention constitue une action d'amélioration de l'état de pauvreté, et donc aura un impact positif sur la croissance économique.

1.5. Analyse de la réponse nationale et défis

1.5.1. Principaux acquis

¹⁶ Lancet series on maternal and child undernutrition, 2008

¹⁷ Document de référence N°13, la lutte contre la sous-nutrition dans l'assistance extérieure, CUE, septembre 2011

¹⁸ Document de la Banque Mondiale 2011

¹⁹ Rapport Mondial sur la Nutrition - 2014

²⁰ Document de référence N°13, la lutte contre la sous-nutrition dans l'assistance extérieure, CUE, septembre 2011

L'engagement politique du développement de la nutrition se traduit par les actions suivantes de renforcement de la **gouvernance de la nutrition** :

- 1) *Création en 2010 du Conseil National de Développement de la Nutrition²¹ (CNDN) associé à un Comité Technique Permanent (CTP).*
- 2) *Adhésion de la Mauritanie au Mouvement international Scaling Up Nutrition (SUN) depuis le 19 mai 2011.*
- 3) *Conduite d'une phase pilote avec l'Initiative REACH²². Il s'agit d'un partenariat multisectoriel entre le gouvernement, le Système des Nations Unies, la société civile et le secteur privé visant à éliminer la faim et la dénutrition chez les enfants à travers le renforcement des capacités étatiques en matière d'analyse, planification, coordination et de mobilisation de ressources.*
- 4) *l'élaboration d'une Politique Nationale de Développement de la Nutrition (PNDN)*

Par ailleurs, l'Etat mauritanien s'est engagé dans la mise en place de dispositifs et de mesures structurants pour la facilitation de l'accès et de l'utilisation d'infrastructures et d'environnements propices à l'amélioration du statut alimentaire et nutritionnel des populations intégrant les éléments suivants :

- *La loi d'orientation n°50-2001 du 18 juillet 2001 définissant l'éradication de la pauvreté comme la priorité première de toutes les politiques publiques dans un Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté adopté en 2001, puis révisé en 2006 et en 2011;*
- *L'amélioration de l'accès des populations à l'eau potable;*
- *La mise en place par décret N°2002-17 du 31 mars 2002 d'un Comité Interministériel pour les Situations d'Urgence (CISU);*

Au nombre des acquis **programmatiques et institutionnels** figure les éléments suivants :

- *De l'élaboration d'une stratégie nationale de sécurité alimentaire,*
- *De l'analyse et la révision des curricula de nutrition à l'Université et dans les écoles de santé publique,*
- *Renforcement du programme de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë,*
- *Développement depuis 2007 d'une stratégie nationale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*
- *Maintien de couvertures élevées et soutenues de supplémentation en vitamine A et de déparasitage chez les enfants,*
- *De l'adoption du décret et de l'arrêté d'application pour l'enrichissement des aliments : huile et farine de blé tendre approuvé en 2010,*
- *Existence d'un programme d'iodation du sel iodé,*
- *l'introduction de nouvelles interventions telles que (i) la supplémentation des enfants avec des compléments nutritionnels prêts à l'emploi pendant la période de soudure (ii) et le pilotage des actions de transfert monétaire aux populations les plus démunies.*

²²Effort conjoint des Agences des Nations-Unies, de la société civile et du secteur privé pour assister les gouvernements dans le passage à l'échelle des interventions intégrées et coût-efficaces en Nutrition

- *La conduite périodique d'études stratégiques pour une lisibilité et une visibilité de l'évolution des indicateurs de sécurité alimentaire et de nutrition ; il s'agit entre autre des enquêtes MISC, EDS, SMART et de l'étude sur le cas d'investissement en nutrition.*

1.5.2. Défis

Le niveau de couverture des interventions selon une approche multisectorielle reste encore limité. En effet, malgré les efforts du Gouvernement, l'amélioration du statut nutritionnel des populations n'est pas encore identifiée comme un objectif de planification de tous les secteurs de développement avec un niveau de financement approprié permettant d'infléchir ses effets délétères sur le bien-être de l'individu et le développement économique en général. Cette situation permet d'expliquer le faible niveau d'amélioration des indicateurs de nutrition et de pauvreté, rendant ainsi hypothétique l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD) et ceux de l'assemblée mondiale de la santé de 2012.

Ce présent plan stratégique se propose d'inciter à la mise en œuvre effective et à l'échelle des interventions directes et à renforcer les interventions sensibles à la nutrition qui sont souvent non optimisées en raison de défaillances d'engagement et de coordination. Le contexte d'intervention pour arriver à une situation optimale est très complexe avec la multiplicité des initiatives et d'acteurs. C'est pourquoi dans le domaine de la nutrition nous avons besoin d'acteurs qui ont non seulement de compétences techniques mais aussi de leadership (*habilité à travailler avec et à travers les secteurs, gestion des relations, compétences collaborative, gérer la résistance au changement et la bipolarité, résilience positive face aux obstacles*).

De manière spécifique, les défis à relever par le Plan stratégique sont relatifs à :

- 1) *l'insuffisance de synergies entre les différents partenaires ou parties prenantes du secteur de l'alimentation et de la nutrition ; ce qui se traduit assez souvent par (i) des interventions mal coordonnées et disparates et (ii) une utilisation peu rationnelle des ressources. Cela a eu pour conséquence une faible efficacité et un impact limité des actions en faveur des bénéficiaires ;*
- 2) *une approche conjoncturelle (de courts termes des interventions) de la nutrition dans certains programmes sectoriels qui se focalisent sur les situations d'urgence et donc, une absence de planification holistique, conduisant ainsi à des interventions à spectres et impacts limités ;*
- 3) *la verticalité des stratégies de bien des programmes avec une absence de la prise en compte de la nutrition comme un indicateur d'effet ou d'impact;*
- 4) *la faible compréhension des liens entre les stratégies de sécurité alimentaire nationale – d'éducation de base – d'eau et assainissement – de santé d'une part et d'autre part, leur connexion avec les stratégies de nutrition;*
- 5) *des besoins de motivation des planificateurs politiques sur les facteurs causaux de la malnutrition et ses conséquences sur le développement économique et social*

du pays, afin de les impliquer dans la lutte holistique contre le double fardeau nutritionnel;

- 6) l'insuffisance en ressources adéquates (humaines, matérielles et financières) en matière de nutrition à tous les niveaux. Ceci rend difficile le travail au niveau communautaire et nécessite des actions immédiates et concertées entre gouvernement, secteur privé, Partenaires techniques et financiers, monde académique, associations professionnelles et autres parties prenantes pour leur amélioration;*
- 7) la faiblesse du système d'information sur la malnutrition (rareté d'enquêtes fiables ou scientifiquement éprouvées générant des données désagrégées, système d'Information Sanitaire peu performant) ;*
- 8) l'insuffisance du suivi- évaluation des actions menées en faveur de l'alimentation et de la nutrition;*
- 9) la nécessité d'une amélioration de l'environnement législatif et réglementaire, afin de faire une place plus importante à la sécurité alimentaire et à la nutrition, notamment en ce qui concerne les allocations budgétaires ;*
- 10) la prise en compte de l'opportunité qu'offre le processus de budgétisation du Cadre des Dépenses à Moyens-Terme (CDMT) et des Plans Annuels d'Opérations pour des lobbyings en faveur de l'accroissement du financement des programmes de nutrition, le Mouvement SUN.*

CHAPITRE II

ORIENTATIONS STRATEGIQUES

2.1 Cadres de référence du plan stratégique multisectoriel de nutrition

Le plan s'inspire de cadres et directives visant l'amélioration de la nutrition des populations niveau international, sous régional et national :

- La **Feuille de route 2016 - 2020 du Mouvement SUN** qui assigne aux pays des compétences associées à des résultats pour mesurer ladite ambition.
- **Les Objectifs de développement durable (ODD)** dont l'objectif 2 vise à « *Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable*²³ ».
- **Les Objectifs de l'assemblée mondiale de la santé de 2012** qui fixe l'atteinte de 6 objectifs d'ici 2025 : (1) *réduire de 40 % le nombre d'enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance, (2) réduire de 50 % l'anémie chez les femmes en âge de procréer, (3) réduire de 30 % l'insuffisance pondérale à la naissance., (4) pas d'augmentation du pourcentage d'enfants en surcharge pondérale, (5) porter les taux d'allaitement exclusif au sein au cours des six premiers mois de la vie à au moins 50 %, (6) Réduire et maintenir au-dessous de 5 % l'émaciation chez l'enfant.*
- **La stratégie régionale africaine de nutrition (ARNS) 2015-2025** qui réaffirme les objectifs les objectifs de l'assemblée mondiale de la santé de 2012.
- **La Stratégie de Croissance Accélérée et de Prospérité Partagée (2016-2030)** : l'amélioration de l'état de santé et du statut nutritionnel des groupes les plus vulnérables que représentent les femmes et les enfants pourraient être de bons indicateurs de cette vision ou objectif de prospérité partagée.

2.2. Vision

La vision du Plan Stratégique Multisectoriel de Nutrition est celle d'une République Islamique de Mauritanie exempte de faim et de malnutrition, en particulier chez les plus vulnérables que sont les enfants, les adolescentes et les femmes, avec un développement cognitif maximal chez ses enfants et une participation active des hommes et des femmes à son développement socio-économique.

2.3. But

Contribuer à assurer la survie et la qualité de vie des enfants à travers le cycle de vie et la mise en œuvre d'interventions multisectorielles.

²³ http://www.association4d.org/wp-content/uploads/23.09.15_4D_articles-agenda-2030-ODD.pdf



2.4 Objectifs spécifiques

Le plan stratégique multisectoriel de nutrition se propose d'atteindre les objectifs spécifiques suivants d'ici 2025 :

- *La prévalence des enfants de faible poids de naissance est réduite de 30 %*
- *La prévalence de la malnutrition aigüe sera réduite 13%²⁴ à 5%, en période de soudure;*
- *La prévalence de la malnutrition chronique sera réduite de 21%²⁵ à 10%,*
- *La prévalence de l'anémie chez les enfants (6 à 59 mois) et chez femmes en âge de reproduction sera réduite de 50%, c'est-à-dire, respectivement, de 71,6% et 72,6²⁶ à 35%.*

2.5 Principes directeurs

Pour être efficace, la mise en œuvre du PSMN sera guidée par :

- *l'engagement, l'appropriation et le leadership au plus haut niveau sur la vision et le but du PSNMN ;*
- *le respect des engagements internationaux, régionaux et nationaux de la Mauritanie en matière de sécurité alimentaire, de nutrition et de gouvernance ;*
- *le ciblage prioritaire des zones et des groupes les plus affectés par la faim et la malnutrition ;*
- *la multisectorialité impliquant quatre groupes d'intervenants : les secteurs gouvernementaux, les acteurs privés, la société civile et les Partenaires techniques et financiers ;*
- *l'approche communautaire avec implication des bénéficiaires dans les différentes étapes de gestion des programmes et projets de nutrition ;*
- *la prise en compte du genre et de l'équité dans les différents programmes et projets de nutrition.*

2.6. Groupes cibles et zones d'investissements prioritaires

Tenant compte des orientations internationales trois groupes seront au centre des intérêts de ce Plan stratégique à travers le cycle de vie:

- *les femmes en âge de procréer avec un accent particulier pour les adolescentes ;*
- *les femmes en grossesse, accouchées récentes ou allaitantes ;*

²⁴ Enquête SMART juillet 2015

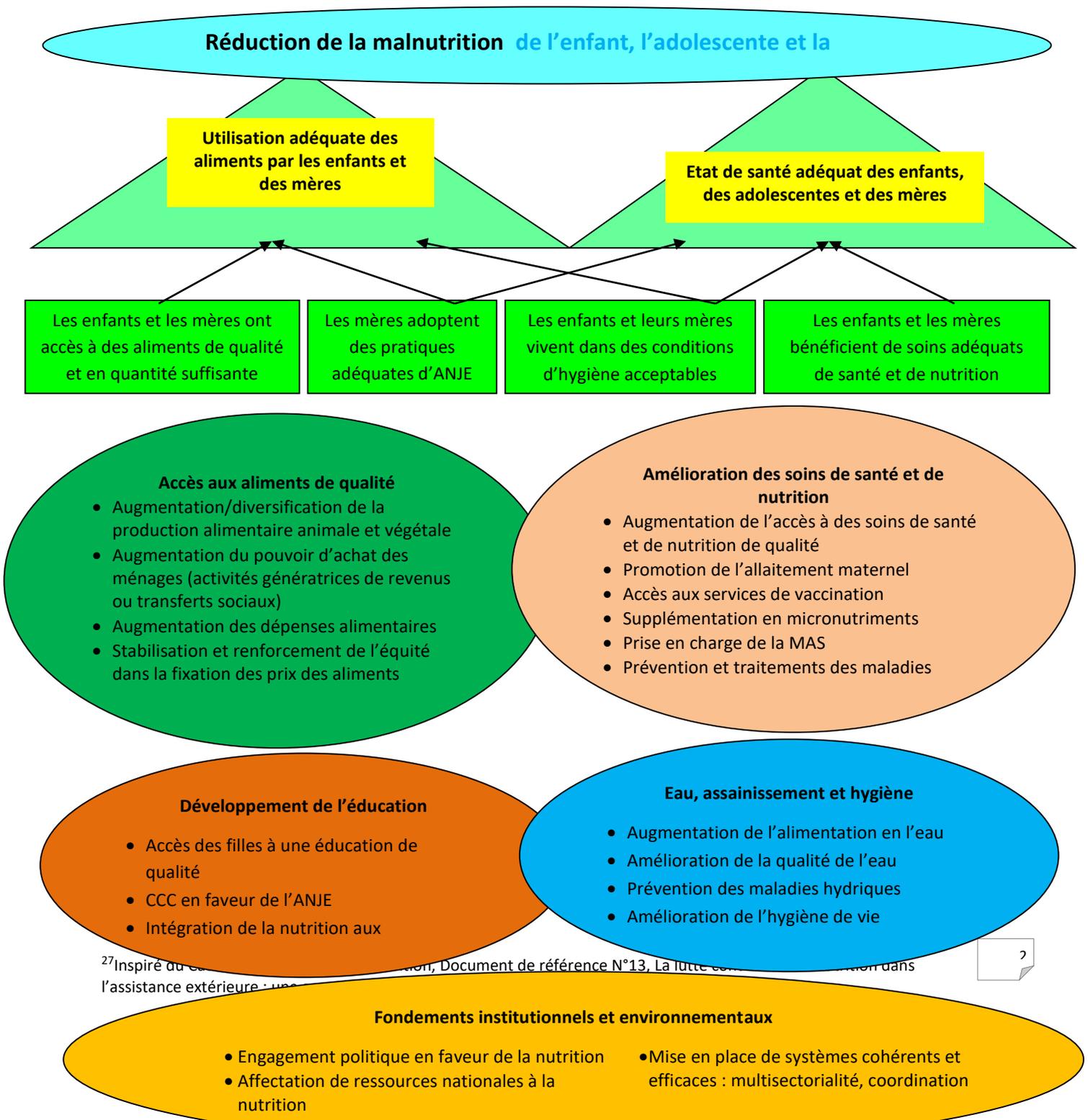
²⁵ Enquête SMART juillet 2015

²⁶SMART juillet 2012

- les enfants de moins de 5 ans avec deux tranches distinctes en termes d'interventions prioritaires : ceux de 0 à 23 mois révolus, et ceux de 2 à 4 ans révolus.

Concernant les zones prioritaires, le ciblage se basera sur l'évidence de l'analyse de la situation et sera périodiquement adapté à l'évolution de la situation épidémiologique et socio-économique en matière de sécurité alimentaire et de nutrition.

2.7. Cadre d'action pour la lutte contre la malnutrition²⁷



²⁷Inspiré du cadre d'action pour la lutte contre la malnutrition, Document de référence N°13, La lutte contre la malnutrition dans l'assistance extérieure : une

2.8. Cadre commun de résultats

Les résultats attendus par axe stratégique identifié, à travers les impacts, les effets et les produits attendus pour renverser la situation de la malnutrition sont présentés dans le tableau ci-dessous. Les indicateurs associés au cadre commun des résultats sont présentés en annexe.

Axe stratégique	Impacts	Effet	Produits	Secteurs clés	Stratégies
Axe stratégique 1. Disponibilité, accès et consommation d'une alimentation suffisante de qualité	Les enfants, les adolescentes et les mères ont accès et consomment des aliments de qualité et en quantité suffisante	1. La production alimentaire animale et végétale est suffisante et diversifiée pour prévenir les carences nutritionnelles	1) La production en céréales et en légumes est augmentée	Sécurité alimentaire	<ul style="list-style-type: none"> Partenariat avec le secteur privé Promotion de l'innovation Renforcement de capacités Renforcement des systèmes Prestation de services essentiels Passage à l'échelle des interventions Production, transformation, distribution, tarification Financement adéquat et pérenne
			2) La production en viande animale et en lait est augmentée		
		2. Les programmes de protection sociale contribuent à une alimentation équilibrée/variée des ménages, surtout des membres les plus vulnérables	1) Les ménages les plus démunis bénéficient d'appuis financiers, vouchers renforçant leur sécurité alimentaire	Protection sociale/Santé & Nutrition	
			2) Les ménages urbains et ruraux sont touchés par des programmes de communication autour de l'importance d'une alimentation variée dans la couverture des besoins		

Axe stratégique	Impacts	Effet	Produits	Secteurs clés	Stratégies
<p>2. Adoption de pratiques adéquates d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)</p>	<p>1) Les mères adoptent des pratiques adéquates d'ANJE</p>	<p>1. Les nourrissons bénéficient d'un allaitement maternel et d'une alimentation complémentaire adaptés</p>	<p>1) Un paquet intégré de services d'ANJE est effectivement mise en œuvre au niveau communautaire</p> <p>2) Les ménages les plus démunis ont des capacités de production vivrière pour atténuer l'impact des périodes de soudures (micro jardinage pour la disponibilité de produits marichers à haute teneur nutritive, petit élevage amélioré)</p> <p>3) Le cadre juridique est favorable à la promotion et à la protection de l'allaitement maternel</p> <p>4) Les structures publiques, primaires (PS et CS), secondaires (HR et CHR) et tertiaires (CHNx), disposent de personnels de santé formés sur la conduite et la protection de l'allaitement maternel</p> <p>5) Les 10 conditions de succès de l'allaitement maternels sont mises en œuvre au niveau des structures publiques, primaires (PS et CS),</p>	<p>Santé & Nutrition / Sécurité alimentaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plaidoyer & communication institutionnel • Communication pour change social et de comportement • Participation communautaire • Coordination, renforcement de la multisectorialité • Recherche, suivi-évaluation • Décentralisation des interventions • Renforcement de l'implication des collectivités locales • Recours à des organisations communautaires de base

Axe stratégique	Impacts	Effet	Produits	Secteurs clés	Stratégies
3 : Conditions d'hygiène dans les ménages favorables à la nutrition	Les enfants et leurs mères vivent dans des conditions d'hygiène acceptables	1. Les ménages utilisent une source d'eau potable améliorée 2. Les ménages ont une hygiène de vie acceptable, ne les exposant pas aux maladies (hydriques ou transmises par les selles) ou aux	secondaires (HR et CHR) et tertiaires (CHNx) 6) Les femmes en grossesse ou en post-partum ont bénéficié de CCC ciblées autour de la conduite et la protection de l'allaitement maternel	Education	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Partenariat entre les acteurs communautaires et le système de santé</i> • <i>Renforcement de la gouvernance de la nutrition au niveau central et local</i> • <i>Contractualisation</i>
			2. La scolarisation des filles augmente et prépare suffisamment les adolescentes aux comportements adéquats en matière d'ANJE		
			1. Les ménages ont accès à une source d'eau améliorée 2. Les ménages disposent de quantités suffisantes d'eau de qualité 1. Les ménages ont accès à des installations sanitaires (latrines) améliorées 2. Les conditions nécessaires à la promotion du lavage des mains sont assurées 3. Les risques de contamination de l'environnement ont été définis et	Eau, hygiène, assainissement	

Axe stratégique	Impacts	Effet	Produits	Secteurs clés	Stratégies
<p>4. Accès et utilisation par les enfants, les adolescentes et les femmes des services préventifs et curatifs de santé et de nutrition</p>	<p>Les enfants, les adolescentes et les mères bénéficient de soins adéquats de santé et de nutrition</p>	<p>autres contaminations</p> <p>1. Les enfants, les adolescentes et les mères ont un accès géographique et financier à des services intégrés de santé et de nutrition répondant au besoin de suivi et de prise en charge</p> <p>2. Les mères, les adolescentes et les enfants bénéficient de mesures de prévention et de contrôle des carences en micronutriments</p>	<p>prévenus, et maîtrisés en cas d'apparition</p> <p>1. Les structures publiques, primaires (PS et CS) et secondaires (HR et CHR), ont les capacités nécessaires pour une offre adaptée de services intégrés de santé et de nutrition de qualité</p> <p>2. Les services prioritaires de santé infantile et de nutrition sont gratuitement offerts aux enfants de moins de 5 ans</p>	<p>Santé & Nutrition</p>	
			<p><i>1. Le suivi prénatal et post-natal est mis à profit pour la supplémentation en fer, acide folique</i></p> <p><i>2. Les enfants bénéficient de campagnes de supplémentation en vitamine A et de déparasitage</i></p> <p><i>3. La fortification à domicile est introduite et passer à l'échelle en utilisant des systèmes de distribution adaptés</i></p> <p><i>4. Le secteur privé respecte le caractère obligatoire de la fortification de farine de blé en fer/acide folique, de l'huile en vitamine A et le sel en iode</i></p> <p><i>5. Les mesures de lutte contre le paludisme sont renforcées</i></p> <p><i>6. Les membres des communautés sont conscients de la prévention de la carence en micronutriments et des mesures de contrôle</i></p>		

Axe stratégique	Impacts	Effet	Produits	Secteurs clés	Stratégies
		<p>3. Les enfants atteints de MAM et de MAS sont pris en charge de manière adéquate</p>	<p>1. Le protocole de prise en charge et de suivi des enfants atteints de MAM ou de MAS est régulièrement adapté au besoin et aux <i>progrès scientifiques</i></p> <p>2. Les communautés villageoises et les quartiers périurbains disposent de relais communautaires formés au dépistage et à la prise en charge communautaire des cas de malnutrition</p> <p>3. Les membres de la communauté connaissent les conséquences de la malnutrition et peuvent identifier les signes précoces et de chercher un traitement immédiat</p> <p>4. Les structures publiques, primaires (PS et CS) et secondaires (HR et CHR), ont les capacités nécessaires pour une prise en charge et un suivi adéquats de la MAS</p> <p>5. Les membres de la communauté connaissent les conséquences de la malnutrition, les signes de danger et utilisent les services de Santé et les centres de prise en charge</p> <p>6. Les structures publiques, primaires (PS et CS) et secondaires (HR et CHR) et communautaires, assurent le suivi, la prise en charge et le traitement des cas de malnutrition aigüe (MAM et MAS).</p>	Santé & Nutrition	
5. Prévention et prise en charge du surpoids/obésité	Les conséquences du surpoids	1. Les adolescents et les adultes adoptent des	1. Les adolescents et adultes ont bénéficié de CCC ciblées sur les dangers de la vie sédentaire et les	Santé & Nutrition	

Axe stratégique	Impacts	Effet	Produits	Secteurs clés	Stratégies
	sont en réduction	comportements en faveur d'un poids « adéquat » et de la réduction des conséquences du surpoids	<p>bénéfices d'une activité physique régulière.</p> <p>2. Les adolescents et adultes ont accès à des périmètres et des infrastructures adaptés pour la pratique d'activités physiques</p> <p>3. Les adolescents et adultes ont bénéficié de CCC ciblées sur l'importance d'une alimentation équilibrée</p> <p>1. Les adultes présentant un surpoids sont informés sur l'importance et le processus de suivi et de prise en charge</p> <p>2. Les adultes présentant un surpoids ont accès à des structures de santé capables d'assurer le suivi et la prise en charge</p>		
6. Engagement, pilotage, coordination, suivi et évaluation de l'action de nutrition	Les effets des cinq axes sont atteints	1. Dispositif institutionnel de coordination et de suivi est fonctionnel et implique les principaux intervenants de la nutrition	<p>1. L'instance nationale de coordination est redynamisée, et si nécessaire réaménagée pour la rendre fonctionnelle</p> <p>2. L'allocation budgétaire annuelle pour la nutrition est en progression constante dans les différents départements ministériels</p> <p>3. Les entités décentralisées de coordination sont mises en place, et si nécessaire réaménagées pour répondre aux impératifs nouveaux de l'action de nutrition et rendues fonctionnelles</p>	Coordination multisectorielle	

Axe stratégique	Impacts	Effet	Produits	Secteurs clés	Stratégies
		<p>2. Le Plan stratégique multisectoriel de nutrition est opérationnalisé à travers des Plans d'action sectoriels synergiques</p>	<p>4. La situation nationale et les situations régionales de la malnutrition sont régulièrement suivies par l'instance nationale de coordination et par les entités régionales et départementales de coordination</p> <p>5. Un système d'alerte précoce est fonctionnel et permet la mise en œuvre précoce d'une réponse adaptée (de prévention et de contrôle) en cas de catastrophe naturelle</p> <p>6. Un plan de communication et de plaidoyer cohérent, harmonisé, et multisectoriel assurant le support politique et le changement de comportement pour une meilleure nutrition est élaboré et mis en œuvre.</p>	<p>1. Le processus d'élaboration des plans opérationnels sectoriels est validé, mis en œuvre par les secteurs concernés en collaboration avec l'instance nationale de coordination et lesdits plans sont intégrés dans les plans d'action de ces secteurs</p> <p>2. Les besoins d'assistance technique – nationale ou internationale – sont synthétisés dans un plan d'assistance technique valide et piloté par l'instance nationale de coordination</p>	
		<p>3. Un système unique de suivi et évaluation</p>	<p>1. Le système unifié de suivi et évaluation est adopté par l'instance nationale de coordination, formalisé</p>		

Axe stratégique	Impacts	Effet	Produits <i>et vulgarisé auprès des différents intervenants</i>	Secteurs clés	Stratégies
		multisectoriel est mis en place et assure un contrôle régulier de la situation nutritionnelle et suivi efficace de l'action de nutrition	<ul style="list-style-type: none"> 2. <i>Un plan de recherche est adopté et conjointement mis en œuvre</i> 3. <i>Les principales informations stratégiques en relation avec la situation et l'action de nutrition sont périodiquement diffusées aux différents intervenants</i> 		

CHAPITRE III

MISE EN OEUVRE, FINANCEMENT ET CADRE DE SUIVI ET EVALUATION

1. Cadre de mise en œuvre

Cette section vise à passer en revue les modalités de mise en œuvre du Plan stratégique tenant compte de la complexité de l'action de nutrition et de la nécessité d'une approche multisectorielle.

1.1. Pré-requis à la mise en œuvre

La mise en œuvre efficace du Plan stratégique nécessite :

- *Un engagement politique et financier efficaces partant de l'impact négatif de la malnutrition sur le développement socio-économique du Pays et du retour d'investissement d'une action efficace en matière de nutrition ;*
- *L'appropriation de ce Plan stratégique par les différents acteurs, en particulier les Départements Ministériels tant au niveau national que régional et local ;*
- *La mise en place d'un cadre institutionnel garantissant une coordination, un suivi et évaluation efficaces.*

1.2. Stratégie de mise en œuvre

Le plan stratégique multisectoriel est un outil qui donne une orientation globale et des éléments essentiels pouvant guider les acteurs dans la planification de leurs interventions. Au niveau de chaque secteur impliqué, un plan de mise en œuvre plus détaillé devra être élaboré intégrant les tâches à accomplir suivant un timing précis (mensuel, trimestriel, etc.) selon le modèle sectoriel en vigueur.

Pour faciliter le ciblage dans le Plan stratégique, et préparer la redevabilité dans l'atteinte des résultats, la colonne « secteurs clés » du cadre commun des résultats déterminent le ou les responsables de l'atteinte du dit produit ; en cas de plusieurs intervenants pour le même produit, la coordination prendra toute son importance en particulier au niveau opérationnel. Les plans opérationnels des secteurs rappelleront les effets et produits du Plan stratégique, et se concentreront à développer les actions, activités et tâches nécessaires et relevant de leurs responsabilités.

1.3. Principaux intervenants

Cinq groupes d'acteurs sont impliqués dans l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du Plan stratégique.

a. Le secteur gouvernemental

Le texte mettant en place le Conseil national prévoyait déjà l'implication des Départements ou institutions en charge de la justice, des affaires étrangères et de la coopération, de l'intérieur et de la décentralisation, des finances, de l'enseignement fondamental, des affaires

islamiques, de la santé, de la pêche, du Commerce, de l'artisanat et du tourisme, du développement rural, de l'hydraulique et de l'assainissement, de l'industrie, de la communication, des affaires sociales, enfance et famille, de la sécurité alimentaire, des droits de l'homme et de l'action humanitaire. Ces différents ministères ont chacun un rôle à jouer dans la mise en œuvre de ce Plan stratégique ou sa facilitation.

b. Le secteur privé

L'accès aux aliments de qualité dépendant essentiellement des entreprises privées de l'agroalimentaire, ces intervenants sont déjà représentés au sein du Conseil National et devraient jouer un rôle essentiel dans l'atteinte de certains résultats du Plan stratégique. Les sous-secteurs de l'agriculture, de la pêche, de l'élevage, de la transformation et du commerce sont les principaux intervenants privés qui le feront à travers les Plans d'actions de leurs Départements de tutelle.

c. Le Monde académique

Au vu de l'insuffisance des données, la recherche en matière de nutrition constitue une des priorités du Plan stratégique ; mieux connaître sa situation pour mieux y répondre. C'est dans ce cadre que le monde académique prend toute son importance et qu'une collaboration plus étroite entre les autres secteurs et les institutions universitaires permettra de mieux orienter les actions et d'évaluer leur pertinence, leur efficacité et leur efficience.

d. Le secteur de la société civile

Les « associations de la société civile intervenant dans le domaine de la nutrition » sont prévues pour être représentées au sein du Conseil National. Au vu de la place occupée par la communication et l'accompagnement pour un changement des comportements, ces acteurs de la société civile seront appelés, à côté des acteurs communautaires, à jouer un rôle essentiel au niveau local.

e. Les Partenaires techniques et financiers

La diversité des domaines et des Départements concernés par l'action de nutrition justifie l'implication de la quasi-totalité des Partenaires techniques et financiers. Il faut citer à titre d'exemple l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le PNUD, la FAO, le PAM, l'ONUSIDA, l'UE, les coopérations bilatérales, les intervenants internationaux de la société civile.

1.4 Dispositif national de coordination et de suivi

a. L'instance nationale de Coordination et de suivi

La mise en œuvre de ce plan repose sur l'intégration d'un ensemble d'interventions relevant de plusieurs secteurs regroupés en plateforme multisectorielle dans le cadre d'une instance nationale, le CNDN. Selon le Décret N° 2010-208²⁸, ce Conseil National de Développement de la Nutrition « a pour mission d'adopter la politique et les orientations stratégiques du Gouvernement en matière de nutrition » ; dans ce cadre, « il assure le plaidoyer pour la mobilisation des ressources et le suivi du développement de la nutrition ». Pour mener à bien sa mission, le CNDN « a pour attributions de créer un environnement institutionnel pouvant servir de cadre de discussion, d'ordonnancement et de coordination des démarches pour une participation effective dans la mise en œuvre de la politique définie ». Le même décret précise que le Conseil approuve les politiques et plans de nutrition et veille à leur prise en compte dans l'ensemble des stratégies nationales (CSLP, politiques sectorielles, ...) ; par ailleurs, il est chargé de :

- veiller à la multisectorialité et l'inter sectorialité de l'action de nutrition ;
- assurer la mobilisation des ressources internes et externes nécessaires au développement de la nutrition et à leur utilisation efficiente ;
- inciter chaque secteur à mener les actions qui lui sont spécifiques ;
- assurer le suivi et l'évaluation des actions de nutrition ;
- assurer l'arbitrage nécessaire dans le pilotage de l'action de nutrition.

Le CNDN est présidé par le Premier Ministre et le Ministre des affaires économiques et du développement en assure la vice-présidence; ses réunions régulières sont semestrielles facilitant ainsi le suivi en mi-parcours annuel et la reprogrammation annuelle sur la base de l'évaluation annuelle.

b. Les démembrements du CNDN

Le CNDN est techniquement secondé par un Comité National Permanent du CNDN présidé par le Conseiller du Premier Ministre avec comme vice-président le représentant de la santé et comme membres les représentants techniques des Départements membres du CNDN ; une vice-présidence tournante engagerait davantage l'ensemble des secteurs. Ce CNP/CNDN assure le suivi de la mise en œuvre du Plan stratégique grâce – entre autres instruments – à une réunion mensuelle qui s'élargit en cas de besoin à d'autres membres.

Au niveau régional, la Commission Régionale de Coordination de la Nutrition (CRCN) est appelée à « donner les orientations, coordonner et suivre les actions pour le développement de la nutrition et assurer le plaidoyer et la mobilisation des ressources au niveau régional ». Elle est présidée par le Wali avec comme rapporteur, le Directeur Régional de l'Action Sanitaire (DRAS), et comme membres, les responsables des services régionaux des Départements et Institutions représentées au CNDN.

²⁸ Décret Gouvernemental N° 2010-208 du 24 février 2010

2. Budgétisation et source de financement

La finalisation des plans opérationnels sur la base des activités qui seront déroulées dans chaque secteur permettra d'estimer le cout global du plan stratégique multisectoriel de nutrition.

Les sources de financement ciblées comprennent : *le budget de l'état, des collectivités locales, les partenaires techniques et financiers, les ONGs, les fondations du secteur privé et la responsabilité d'entreprise (secteur minier, télécommunications, banques etc.).*

3. Cadre de suivi et d'évaluation

Le système actuel de suivi et évaluation des actions de nutrition se compose de systèmes fragmentés entre les Départements ministériels, les acteurs de la société civile, les intervenants du privé et les partenaires techniques et financiers. Pour un suivi efficace de la mise en œuvre du Plan et une évaluation régulière des progrès vers l'atteinte des cibles d'effet et de produits, un système de suivi clair, intégré et multisectoriel de nutrition sera développé autour des entités de coordination et de suivi de la nutrition.

3.1. Cadre de performance et de redevabilité

Le cadre de performance et de redevabilité s'appuiera sur les indicateurs associés au cadre commun des résultats sont présentés en annexe.

3.2. Cadre institutionnel

Un suivi multisectoriel annuel sera établi sous le leadership de l'instance nationale de coordination, le CNDN. Tous les organismes d'exécution présenteront des rapports annuels sur l'état d'avancement et la performance des indicateurs cibles au CTP/CNDN qui le synthétisera dans un rapport annuel unique et le présentera au CNDN. Une revue annuelle permettra à l'ensemble des intervenants dans le cadre de la nutrition de prendre connaissance des actions menées et des progrès notés sur la voie de l'atteinte des résultats du Plan stratégique. Auparavant, chaque intervenant produira un rapport trimestriel d'avancement à la CRDN de la région d'intervention avec copie au CTP/CNDN ; ces CRDN et ce CTP/CNDN procéderont à l'analyse desdits rapports trimestriels et transmettront des synthèses semestrielles pour les réunions biannuelles du CNDN.

Les systèmes d'information de la santé (SNIS), de l'éducation et des autres départements, ainsi que les études et recherches, mettront à disposition les données qui alimenteront ces différents rapports. Un manuel de procédures détaillera les différents circuits d'information et déterminera les différentes responsabilités dans la collecte, la synthèse, l'analyse et la diffusion de l'information stratégique.

ANNEXE

INDICATEURS ASSOCIES AU CADRE COMMUNUN DES RESULTATS

Le processus d'élaboration a permis, de manière inclusive, d'adopter un cadre de résultats dégagant par axe stratégique les résultats attendus, les stratégies et les principaux intervenants.

Axe stratégique N°1 : Disponibilité, accès durable et consommation d'une alimentation suffisante de qualité.

Impact du 1^{er} axe stratégique : Les enfants, les adolescentes et les mères ont accès et consommation des aliments de qualité et en quantité suffisante en toute période

Indicateurs de l'impact	Donnée de base	Cible en 2025
Proportion d'adolescentes, de femmes et d'enfants bénéficiant d'un apport alimentaire minimum acceptable	25,5% ²⁹	40%
Proportion des femmes 15-49 ans qui consomment des aliments appartenant au moins à 5 des 10 groupes (MDD-W)		
Proportion d'enfants de 6 à 23 mois ayant consommé des aliments appartenant à au moins 4 groupes d'aliments ou plus le jour précédent	33,7% ³⁰	50%
Proportion d'enfants de 6 à 23 mois ayant reçu des aliments riches ou enrichis en fer le jour précédent	NID	30%

²⁹ Enquête SMART décembre 2014

³⁰ Enquête SMART décembre 2014

Effet 1.1. La production alimentaire animale et végétale est suffisante et diversifiée pour prévenir les carences nutritionnelles

Indicateurs de l'effet	Donnée de base	Cible en 2025
Part de couverture des besoins grâce à la production alimentaire nationale	20% à 50% ³¹	75% au minimum
Chercher avec les agronomes un indice de diversification de la production alimentaire.		

→ Produits, stratégies et principaux intervenants

Produits / Indicateurs	Situation actuelle	Source	2020	2025	Stratégies	Principaux intervenants
<i>Produit 1.1.1. La production en céréales et en légumes est augmentée</i>						
Niveau de production nationale en céréales	299 500 tonnes ³²					
Niveau de production nationale en légumes	47 600 tonnes ³³					
<i>Produit 1.1.2. La production en viande animale et en lait est augmentée</i>						
Niveau de production nationale en viande animale (ovins, caprins, bovins, camélins et poulets)	109 201 ³⁴ tonnes					
Niveau de production nationale en lait	394 700 ³⁵ tonnes					
<i>Produit 1.1.3. La production en viande de poisson est augmentée</i>						

³¹ Rapport d'évaluation globale du CSLP 2001-2015, MAED, juillet 2015

³² Données FAO : <http://faostat.fao.org/desktopdefault.aspx?pageid=342&lang=fr&country=136>

³³ Données FAO : <http://faostat.fao.org/desktopdefault.aspx?pageid=342&lang=fr&country=136>

³⁴ Données FAO :

³⁵ Données FAO : <http://faostat.fao.org/desktopdefault.aspx?pageid=342&lang=fr&country=136>

Produits / Indicateurs	Situation actuelle	Source	2020	2025	Stratégies	Principaux intervenants
Niveau de production nationale en poissons servant à la couverture des besoins alimentaires du pays	50 578 ³⁶ tonnes (dispo)					
Produit 1.1.4. La politique nationale d'industrialisation a favorisé la transformation locale du poisson, de la viande bovine, du lait de vache et de certaines céréales et légumes essentiels						
La politique nationale de transformation et de fortification des principales productions alimentaires nationales est mise en œuvre en étroite collaboration entre les secteurs de l'industrie, de l'agriculture, de la pêche, de l'élevage et de la santé						
Produit 1.1.5. Les aliments mis sur le marché sont soumis au contrôle de qualité						
Une politique nationale en matière de contrôle de qualité des aliments est mise en œuvre en étroite collaboration entre les secteurs de l'agriculture, de l'élevage, de la pêche, du commerce et de la santé						
% d'aliments « traceurs » soumis régulièrement au contrôle de qualité ³⁷						

³⁶ Données FAO : Profil de pêche, 2006

³⁷ Adoption de Directives nationales définissant les types de contamination couverts et la méthodologie de contrôle de qualité y compris les aliments « traceurs » pour le suivi

Effet 1.2. Les programmes de protection sociale contribuent à une alimentation équilibrée/variée des ménages, surtout des membres les plus vulnérables

Indicateurs de l'effet	Donnée de base	Cible en 2020
Proportion de ménages ayant la capacité à satisfaire leurs besoins alimentaires de base		

→ Produits, stratégies et principaux intervenants

Produits / Indicateurs	Situation actuelle	Source	2020	2025	Stratégies	Principaux intervenants
Produit 1.2.1. Les ménages les plus démunis bénéficient d'appuis financiers et ou de vouchers renforçant leur pouvoir d'achat leur sécurité alimentaire						
Proportion de ménages atteints par des mesures de protection sociale qui incluent une composante nutrition						
Nombre de ménages bénéficiant d'aliments subventionnés (boutiques EMEL)						
Produit 1.2.2. Les ménages les moins nantis sont touchés par des programmes de communication autour de l'importance d'une alimentation variée dans la couverture des besoins nutritionnels pour la santé et le développement du ménage						
Nombre de secteurs mettant en œuvre des programmes de communication autour de l'importance d'une alimentation variée en vue de la couverture des besoins nutritionnels pour la santé et le développement du ménage						
Nombre de ménages touchés par les programmes de communication autour de l'importance d'une alimentation variée en vue de la couverture des besoins nutritionnels pour la santé et le développement du ménage						
Produit 1.2.3. Les augmentations des prix sont accompagnées de contre-mesures pour atténuer les conséquences négatives sur la sécurité nutritionnelle des ménages						
Nombre de sites mis en place et fonctionnels pour le suivi des prix						
Proportion des ménages qui consomment des aliments dont le prix a été subventionnée par l'état						

Axe stratégique N°2 : Adoption de pratiques adéquates d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)

Impact du 2^eaxe stratégique : Les mères adoptent des pratiques adéquates d'ANJE

Indicateur de l'impact	Donnée de base	Cible en 2025
Taux de pratique d'allaitement maternel exclusif chez les enfants de moins de 6 mois		
Taux d'alimentation minimale acceptable chez les enfants 6 – 23 mois		

Effet 2.1. Les nourrissons bénéficient d'un allaitement maternel et d'une alimentation complémentaire adaptés

Indicateurs de l'effet	Donnée de base	Cible en 2025
Proportion d'enfants nés au cours des 24 derniers mois mis au sein dans l'heure qui suit la naissance	67,2% ³⁹	90%
Proportion de nourrissons de 0 à 6 mois alimentés exclusivement au lait maternel	55,6% ⁴⁰	70%
Proportion d'enfants de 12 à 17 mois qui ont consommé du lait maternel le jour précédent	98,3% ⁴¹	99%
Proportion de nourrissons de 6 à 8 mois qui consomment des aliments solides, semi-solides ou mous	60,9% ⁴²	75%

→ Produits, stratégies et principaux intervenants

Produits / Indicateurs	Situation actuelle	Source	2020	2025	Stratégies	Principaux intervenants
<i>Produit 2.1.1. Un paquet intégré de services d'ANJE est effectivement mise en œuvre au niveau communautaire</i>						

³⁹ SMART décembre 2014

⁴⁰ SMART décembre 2014

⁴¹ SMART décembre 2014

⁴² SMART décembre 2014

Produits / Indicateurs	Situation actuelle	Source	2020	2025	Stratégies	Principaux intervenants
Couverture communautaire d'un paquet intégré de service d'ANJE	AD					
Nombre d'agents communautaire formés sur le paquet intégré des services d'ANJE	AD					
Produit 2.1.2. Les ménages les plus démunis ont des capacités de production vivrière pour atténuer l'impact des périodes de soudures (micro jardinage pour la disponibilité de produits maraichers à haute teneur nutritive, petit élevage amélioré)						
Nombre de femmes formés et bénéficiant d'un appui financier pour mettre en œuvre son plan d'action de production vivrière	AD					
Nombre de femmes appuyés pour mettre en œuvre leur plan d'action de production vivrière et parviennent à donner les produits à leur enfants	AD					

Produits / Indicateurs	Situation actuelle	Source	2020	2025	Stratégies	Principaux intervenants
Produit 2.1.3. Le cadre juridique est favorable à la promotion et à la protection de l'allaitement maternel						
Le Code national de promotion et de protection de l'allaitement maternel est adopté et mis en œuvre en totale cohérence avec les engagements internationaux du Pays	Non					
Proportion des violations du code qui ont été répertoriées et pour lesquelles des mesures ont été prises dans les 48/72 heures						
Produit 2.1.4. Les structures publiques, primaires (PS et CS), secondaires (HR et CHR) et tertiaires (CHNx), disposent de personnels de santé formés sur la conduite et la protection de l'allaitement maternel						
Proportion de personnels de santé chargés du suivi prénatal formés sur la conduite et la protection de l'allaitement maternel						

Produits / Indicateurs	Situation actuelle	Source	2020	2025	Stratégies	Principaux intervenants
Proportion de personnels de santé chargés du suivi de l'accouchement et du post-partum formés sur la conduite et la protection de l'allaitement maternel						
Produit 2.1.5 Les 10 conditions de succès de l'allaitement maternels sont mises en œuvre au niveau des structures publiques, primaires (PS et CS), secondaires (HR et CHR) et tertiaires (CHNx)						
Proportion de structures publiques de soins (PS, CS et hôpitaux) ayant obtenu le label « amie des bébés »						
Produit 2.1.6. Les femmes en grossesse ou en post-partum ont bénéficié de CCC ciblées autour de la conduite et la protection de l'allaitement maternel						
Proportion de séances de CPN intégrant les principaux messages relatifs à l'allaitement maternel						
Proportion de séances de CPON intégrant les principaux messages relatifs à l'allaitement maternel						
Proportion d'accouchées orientées vers un groupe de soutien de l'allaitement maternel						

Effet 2.2. La scolarisation des filles augmente et prépare suffisamment les adolescentes aux comportements adéquats en matière d'ANJE

Indicateurs de l'effet	Donnée de base	Cible en 2025
Proportion de filles ayant accès à une scolarisation (adaptée et de qualité)		
Proportion de cursus scolaires ou universitaires qui intègrent efficacement les PFE		
Proportion d'écoles assurant une CCC ciblant les ménages		

→ Produits, stratégies et principaux intervenants

Produits / Indicateurs	Situation actuelle	Source	2020	2025	Stratégies	Principaux intervenants
Produit 2.2.1. La scolarisation des filles est régulièrement en augmentation						
Taux de scolarisation des filles	79,5% ⁴⁵	Ann Stat ONS				
Proportion de filles achevant le cycle secondaire	23,7% ⁴⁶	MICS 2011				
Produit 2.2.2. Les adolescentes se marient pas plus tôt et termine au moins l'enseignement secondaire						
Taux de mariage précoce						
Produit 2.2.3. Les femmes bénéficient de l'alphabétisation						
Taux d'alphabétisation des femmes						
Produit 2.2.4. Les programmes scolaires primaire et secondaire aussi bien que les cours informels de préparation à un métier intègrent systématiquement des leçons relatives à la nutrition et aux PFE						
Le contenu du programme scolaire du primaire et du secondaire intègre la nutrition avec un accent particulier sur l'ANJE et les PFE						
Proportion des enseignants formés en nutrition						
Proportion des écoles primaires et secondaires ayant développé des approches de CCC grâce aux élèves pairs éducateurs (garçons ou filles)						

⁴⁵ ONS, Annuaire statistique 2014, DSPC/MEN, (taux net de scolarisation des filles en 2013-2014)

⁴⁶ MICS 4 2011 (taux net de scolarisation secondaire)

Axe stratégique N°3 : Conditions d'hygiène dans les ménages favorables à la nutrition

Impact du 3^eaxe stratégique : Les enfants et leurs mères vivent dans des conditions d'hygiène acceptables

Indicateurs de l'impact	Donnée de base	Cible en 2020
Proportion de ménages disposant d'eau en quantité et en qualité suffisante		
Proportion de mères se lavant les mains après les selles et avant préparation des repas des enfants		
Proportion de ménages vivant dans des villages/quartiers jugés exempts de défécation à l'air libre (FDAL)		

Effet 3.1. Les ménages utilisent une source d'eau potable améliorée

Indicateurs de l'effet	Donnée de base	Cible en 2025
Proportion de ménages utilisant une source d'eau améliorée	70,1% ⁴⁷	

→ Produits, stratégies et principaux intervenants

Produits / Indicateurs	Situation actuelle	Source	2020	2025	Stratégies	Principaux intervenants
Produit 3.1.1. Les ménages ont accès à une source d'eau améliorée						
Proportion de ménages disposant sur place d'une source d'eau potable ou ayant besoin de moins de 30 min pour atteindre une source d'eau potable	41,7%	MICS 2011				
Produit 3.1.2. Les ménages disposent de quantités suffisantes d'eau de qualité						
Proportion de ménages disposant d'au moins 15l d'eau par personne et par jour pour la boisson, la cuisson et l'hygiène personnelle						

⁴⁷ Enquête SMART décembre 2014

Effet 3.2. Les ménages ont une hygiène de vie acceptable, ne les exposant pas aux maladies (hydriques ou transmises par les selles) ou aux autres contaminations

Indicateurs de l'effet	Donnée de base	Cible en 2025
Proportion de ménages utilisant, en cas de besoin, des installations sanitaires améliorées (latrines)	32,3% ⁴⁸	50%
Proportion de ménages éliminant de manière hygiénique les matières fécales des enfants	20,3% ⁴⁹	48%
Proportion des ménages qui mettent en œuvre des mesures de protection des aliments		

→ **Produits, stratégies et principaux intervenants**

Produits / Indicateurs	Situation actuelle	Source	2020	2025	Stratégies	Principaux intervenants
Produit 3.2.1. Les ménages ont accès à des installations sanitaires (latrines) améliorées						
Proportion de ménages ayant accès à des installations sanitaires (latrines) améliorées						
Produit 3.2.2. Les conditions nécessaires à la promotion du lavage des mains sont assurées						
Proportion de ménages disposant d'un endroit réservé au lavage des mains, et où se trouve de l'eau et du savon	56,3%	MICS 2011				
Proportion de ménages disposant de savon à n'importe quel endroit du logement	66,3%	MICS 2011				
Produit 3.2.3. Les risques de contamination de l'environnement ont été définis et prévenus, et maîtrisés en cas d'apparition						
Les risques de contamination de l'environnement définis en commun accord entre les secteurs de l'industrie, de l'environnement et de la santé						
Proportion des risques de contamination évités par rapport aux risques identifiés						
Nombre de mesures prises pour atténuer les effets des contaminations de l'environnement						

⁴⁸ MICS 4 2011

⁴⁹ MICS 4 2011

3.4. Axe stratégique N°4 : Accès et utilisation par les enfants, les adolescentes et les femmes des services préventifs et curatifs de santé et de nutrition

Impact du 4^e axe stratégique : Les enfants, les adolescentes et les mères bénéficient de soins adéquats de santé et de nutrition

Indicateurs de l'impact		Donnée de base	Cible en 2025
Prévalence du petit poids de naissance		34,7% ⁵⁰	
Prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes		72,6% ⁵¹	

Effet 4.1. Les enfants, les adolescentes et les mères ont un accès géographique et financier à des services intégrés de santé et de nutrition répondant au besoin de suivi et de prise en charge

Indicateurs de l'effet	Donnée de base	Cible en 2025
Couverture sanitaire à moins de 5 km	78% ⁵²	
Proportion de PS, de CS et d'hôpitaux intégrant un service de suivi et de prise en charge de la MAS		
Proportion d'enfants malades de moins de 5 ans couverts par la gratuité des soins		

→ Produits, stratégies et principaux intervenants

Produits / Indicateurs	Situation actuelle	Source	2020	2025	Stratégies	Principaux intervenants
<i>Produit 4.1.1. Les structures publiques, primaires (PS et CS) et secondaires (HR et CHR), ont les capacités nécessaires pour une offre adaptée de services intégrés de santé et de nutrition de qualité</i>						
Proportion de structures publiques primaires (PS et CS) assurant des services intégrés de santé et de nutrition de qualité						

⁵⁰ MICS 2011

⁵¹ SMART 2012

⁵² DPCIS/MS

Produits / Indicateurs	Situation actuelle	Source	2020	2025	Stratégies	Principaux intervenants
Proportion de structures publiques secondaires (HR et CHR) assurant des services intégrés de santé et de nutrition de qualité						
Produit 4.1.2. Les services prioritaires de santé infantile et de nutrition sont gratuitement offerts aux enfants de moins de 5 ans						
La gratuité des services essentiels de santé et de nutrition ⁵³ est instaurée par le texte réglementaire approprié						
Les mesures d'accompagnement (en termes de sensibilisation, de budgets, d'outils, d'information, ...) sont mises en œuvre de manière appropriée						

Effet 4.2. Les mères et les enfants bénéficient de mesures de prévention et de contrôle des carences en micronutriments

Indicateurs de l'effet	Donnée de base	Cible en 2025
Proportion d'enfants (12 à 59 mois) qui reçoivent les antiparasitaires adaptés	77,4% ⁵⁴	
Proportion de femmes qui reçoivent une dose de supplément en vitamine A dans les six semaines qui suivent l'accouchement		
Proportion d'enfants (6 à 59 mois) qui ont bénéficié d'une ou de deux doses de supplément en vitamine A dans l'année	83,9% ⁵⁵	
Proportion de femmes qui ont reçu du fer et de l'acide folique durant la grossesse		
Proportion d'enfants (6 à 59 mois) qui reçoivent des suppléments de fer et d'acide folique		

⁵³ A définir

⁵⁴ SMART décembre 2014

⁵⁵ SMART décembre 2014

→ Produits, stratégies et principaux intervenants

Produits / Indicateurs	Situation actuelle	Source	2020	2025	Stratégies	Principaux intervenants
Produit 4.2.1. Le suivi prénatal et post-natal est mis à profit pour la supplémentation en fer, acide folique et vitamine A						
Proportion de femmes enceintes bénéficiant de CPN et auxquelles est proposée une supplémentation en fer et acide folique						
Proportion de structures publiques de santé assurant le suivi prénatal et qui n'ont pas connu de ruptures de stocks de fer et acide folique durant l'année						
Proportion de femmes accouchées bénéficiant de CPoN ⁵⁶ et auxquelles est proposée une supplémentation en vitamine A						
Proportion de structures publiques de santé assurant le suivi post-natal et qui n'ont pas connu de ruptures de stocks de vitamine A durant l'année						
Produit 4.2.2. Les enfants bénéficient de campagnes de supplémentation en vitamine A et de déparasitage						
Proportion de circonscriptions sanitaires de moughata (district) ayant organisé une ou deux campagnes de supplémentation en vitamine A au profit des enfants de 6 à 59 mois						
Proportion de circonscriptions sanitaires de moughata (district) n'ayant pas connu de ruptures de stocks en vitamine A durant l'année						
Proportion de circonscriptions sanitaires de moughata (district) ayant organisé une ou deux campagnes de déparasitage au profit des enfants de 6 à 59 mois						
Proportion de circonscriptions sanitaires de moughata (district) n'ayant pas connu de ruptures de stocks en antiparasitaires durant l'année						
Produit 4.2.3. La fortification à domicile est introduite et passer à l'échelle en utilisant des systèmes de distribution adaptés						
Couverture des enfants 6 – 23 mois bénéficiant de la fortification à domicile au cours des 6 derniers mois						
Produit 4.2.4. Le secteur privé respecte le caractère obligatoire de la fortification de farine de blé en fer/acide folique, de l'huile en vitamine A et le sel en iode						

⁵⁶CPoN : Consultation post-natale

Produits / Indicateurs	Situation actuelle	Source	2020	2025	Stratégies	Principaux intervenants
Taux de pénétration de la farine de blé enrichie en fer/acide folique						
Taux de pénétration de l'huile industrielle enrichie en vitamine A						
Proportion de ménages qui consomment du sel iodé (à teneur en iode de 15 ppm)	12,2% ⁵⁷			40%		
Produit 4.2.5. Les mesures de lutte contre le paludisme sont renforcées						
Morbidité au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans						
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui dorment sous moustiquaire						
Produit 4.2.6. Les membres des communautés sont conscients de la prévention de la carence en micronutriments et des mesures de contrôle						
Pourcentage de mère d'enfants qui connaissent au moins un signe de l'anémie						
Pourcentage de mère d'enfants qui connaissent au moins un signe de la carence en vitamine A						
Pourcentage de mère d'enfants qui connaissent au moins un signe de la carence en iode						

b. Effet 4.3. Les enfants atteints de MAM et de MAS sont pris en charge de manière adéquate

Indicateurs de l'effet	Donnée de base	Cible en 2025
Proportion d'enfants souffrant d'une MAM bénéficiant de prise en charge et de suivi adéquats		
Proportion d'enfants souffrant d'une MAS bénéficiant de prise en charge et de suivi adéquats		
Proportion d'enfants atteints de MAS guéris		
Proportion d'enfants atteints de MAS en abandon		
Proportion d'enfants atteints de MAS décédés		

→ Produits, stratégies et principaux intervenants

Produits / Indicateurs	Situation actuelle	Source	2019	2020	Stratégies	Principaux intervenants
<i>Produit 4.3.1. Le protocole de prise en charge et de suivi des enfants atteints de MAM ou de MAS est régulièrement adapté au besoin et aux avancées mondiales</i>						
Le protocole de prise en charge et de suivi des enfants atteints de MAM ou de MAS en vigueur est périodiquement révisé et adapté aux avancées mondiales						
<i>Produit 4.3.2. Les communautés villageoises et les quartiers périurbains disposent de relais communautaires formés au dépistage et à la prise en charge communautaire des cas de malnutrition</i>						
Proportion de communautés villageoises et de quartiers périurbains de plus de 40 ménages disposant d'au moins un relais communautaire formé en suivi et prise en charge des cas de malnutrition						
Proportion d'enfants dépistés pour la malnutrition						
Proportion d'enfants déchargés par le programme et bénéficiant d'un suivi au niveau communautaire						
<i>Produit 4.3.3. Les membres de la communauté connaissent les conséquences de la malnutrition et peuvent identifier les signes précoces et de chercher un traitement immédiat</i>						
Pourcentage de mère d'enfants qui connaissent au moins un signe de la malnutrition aigue						
<i>Produit 4.3.4. Les structures publiques, primaires (PS et CS) et secondaires (HR et CHR), ont les capacités nécessaires pour une prise en charge et un suivi adéquats de la MAS</i>						
Proportion de structures publiques (primaires et secondaires) disposant de lieux spécifiques dédiés à la prise en charge et au suivi de la MAS chez les enfants						
Proportion de structures publiques (primaires et secondaires) disposant de personnels formés à la prise en charge et au suivi de la MAS chez les enfants						
Proportion de structures publiques (primaires et secondaires) n'ayant pas connu de ruptures en intrants de prise en charge de la MAS chez les enfants						

Produits / Indicateurs	Situation actuelle	Source	2019	2020	Stratégies	Principaux intervenants
Produit 4.3.5. Les structures publiques, primaires (PS et CS) et secondaires (HR et CHR), assurent le suivi des cas de MAS améliorés en MAM en collaboration avec des structures au niveau communautaire	Proportion de structures publiques (primaires et secondaires) agissant en complémentarité avec des structures au niveau communautaire					
	Proportion d'enfants souffrant d'une MAS avec état amélioré (MAM) et orientés vers une structure communautaire de suivi					

3.5. Axe stratégique N°5 : Prévention et prise en charge du surpoids/obésité

Impact du 5^e axe stratégique : Les conséquences du surpoids sont en réduction

Indicateurs de l'impact	Donnée de base	Cible en 2025
Prévalence du surpoids chez les adolescents		
Prévalence du surpoids chez les moins de 5 ans	3,2% ⁵⁸	

c. Effet 5.1. Les adolescents et les adultes adoptent des comportements en faveur d'un poids « adéquat » et de la réduction des conséquences du surpoids

Indicateurs de l'effet	Donnée de base	Cible en 2025
Proportion d'adolescents et d'adultes pratiquant périodiquement une activité physique		
Proportion d'adolescents et adultes qui ont changé leur style de vie et leur alimentation suite aux programmes de CCC		

→ **Produits, stratégies et principaux intervenants**

Produits / Indicateurs	Situation actuelle	Source	2020	2025	Stratégies	Principaux intervenants
<i>Produit 5.1.1. Les adolescents et adultes ont bénéficié de CCC ciblées sur les dangers de la vie sédentaire et les bénéfices d'une activité physique régulière.</i>	Proportion d'adolescents et d'adultes touchés par des programmes de CCC autour des dangers de la vie sédentaire et les bénéfices d'une activité physique régulière					
<i>Produit 5.1.2. Les adolescents et adultes ont accès à des périmètres et des infrastructures adaptés pour la pratique d'activités physiques</i>	Proportion d'adolescents et d'adultes ayant accès à des périmètres et des infrastructures adaptés pour la pratique d'activités physiques					
<i>Produit 5.1.3. Les adolescents et adultes ont bénéficié de CCC ciblées sur l'importance d'une alimentation équilibrée</i>						

Produits / Indicateurs	Situation actuelle	Source	2020	2025	Stratégies	Principaux intervenants
Proportion d'adolescents et d'adultes touchés par des programmes de CCC ciblés sur l'importance d'une alimentation équilibrée, riche en légumes et en fruits et pauvres en lipides et sucres simples						

Effet 5.2. Les d'adultes présentant un surpoids/obésité bénéficient du suivi, d'accompagnement et de pris en charge

Indicateurs de l'effet	Donnée de base	Cible en 2025
Proportion d'adultes présentant un surpoids et régulièrement suivis et pris en charge par un personnel de santé qualifié		

→ **Produits, stratégies et principaux intervenants**

Produits / Indicateurs	Situation actuelle	Source	2020	2025	Stratégies	Principaux intervenants
Produit 5.2.1. Les adultes présentant un surpoids sont informés sur l'importance et le processus de suivi et de prise en charge	Proportion d'adultes présentant un surpoids, touchés par des programmes de communication autour du suivi et de la prise en charge du surpoids					
Produit 5.2.2. Les adultes présentant un surpoids ont accès à des structures de santé capables d'assurer le suivi et la prise en charge	Accès à moins de 15 km d'une structure publique de santé (primaire ou secondaire) disposant de personnels formés au suivi et à la prise en charge du surpoids					

3.6. Axe stratégique N°6 : Engagement, Pilotage, coordination, suivi et évaluation de l'action de nutrition

Impact du 6^e axe stratégique : Les effets des cinq axes sont atteints

Indicateurs de l'impact	Donnée de base	Cible en 2025
Proportion du budget alloué à la nutrition		
Nombre de cadres des différents ministères formés en nutrition		

Effet 6.1. Dispositif institutionnel de coordination et de suivi est fonctionnel et implique les principaux intervenants de la nutrition

Indicateurs de l'effet	Donnée de base	Cible en 2025
Le dispositif institutionnel de coordination et de suivi est fonctionnel		
Le dispositif institutionnel de coordination et de suivi implique les principaux intervenants de la nutrition		

→ **Produits, stratégies et principaux intervenants**

Produits / Indicateurs	Situation actuelle	Source	2019	2020	Stratégies	Principaux intervenants
<i>Produit 6.1.1. L'instance nationale de coordination est redynamisée, et si nécessaire réaménagée pour la rendre fonctionnelle</i>						
% de réunions statutaires tenues par rapport à celles prévues et % de décisions mises en oeuvre						
% de réunions tenues avec plus de trois quarts des membres statutaires						
Les groupes d'intervenants (gouvernementaux, de la société civile, des PTF) disposent d'instances propres de coordination						
<i>Produit 6.1.2. Les entités décentralisées de coordination sont mises en place, et si nécessaire réaménagées pour répondre aux impératifs nouveaux de l'action de nutrition et rendues fonctionnelles</i>						
Les textes réglementaires de mise en place des entités décentralisées de coordination sont réactualisés et/ou vulgarisés						

Produits / Indicateurs	Situation actuelle	Source	2019	2020	Stratégies	Principaux intervenants
Chaque Wilaya et chaque moughata dispose de son entité de coordination fonctionnelle ⁵⁹						
Produit 6.1.3. La situation nationale et les situations régionales de la malnutrition sont régulièrement suivies par l'instance nationale de coordination et par les entités régionales et départementales de coordination						
Le rapport semestriel sur la situation nationale de la malnutrition est présenté à l'instance nationale de coordination et les mesures correctrices sont adoptées et leur mise en œuvre planifiée						
% de rapports semestriels sur les situations régionales de la malnutrition présentés aux entités régionales de coordination						
% de mesures correctrices adoptées effectivement mises en œuvre						
Produit 6.1.4. Un système d'alerte précoce est fonctionnel et permet la mise en œuvre précoce d'une réponse adaptée (de prévention et de contrôle) en cas de catastrophe naturelle						
Le système d'alerte précoce est mis en place et dispose des moyens humains et matériels nécessaires						
Un plan de réponse aux catastrophes naturelles et aux crises alimentaires et adopté et vulgarisé						

⁵⁹ Définir une entité fonctionnelle

Effet 6.2. Le Plan stratégique multisectoriel de nutrition est opérationnalisé à travers des Plans d'action sectoriels synergiques

Indicateurs de l'effet	Donnée de base	Cible en 2025
Nombre de secteurs ayant intégrés les objectifs et actions de nutrition du Plan stratégique dans leurs plans sectoriels propres		

→ Produits, stratégies et principaux intervenants

Produits / Indicateurs	Situation actuelle	Source	2019	2020	Stratégies	Principaux intervenants
Produit 6.2.1. Le processus d'élaboration des plans opérationnels sectoriels est validé, mis en œuvre par les secteurs concernés en collaboration avec l'instance nationale de coordination et lesdits plans sont intégrés dans les plans d'action de ces secteurs						
Un plan d'élaboration et de validation des plans opérationnels sectoriels de nutrition est diffusé par l'instance nationale de coordination						
Les plans d'action des secteurs intégrant les plans opérationnels sectoriels de nutrition ont été présentés à l'instance nationale de coordination						
Produit 6.2.2. Les besoins d'assistance technique – nationale ou internationale – sont synthétisés dans un plan d'assistance technique validé et piloté par l'instance nationale de coordination						
Les secteurs qui le nécessitent ont bénéficié d'une assistance technique de qualité pour leur processus de planification opérationnelle						

Effet 6.3. Un système unique de suivi et évaluation multisectoriel est mis en place et assure un contrôle régulier de la situation nutritionnelle et suivi efficace de l'action de nutrition

Indicateurs de l'effet	Donnée de base	Cible en 2025
Un système unique de suivi et évaluation multisectoriel est mis en place		
Un système unique de suivi et évaluation multisectoriel assure un contrôle régulier de la situation nutritionnelle et un suivi efficace de l'action de nutrition		

→ **Produits, stratégies et principaux intervenants**

Produits / Indicateurs	Situation actuelle	Source	2019	2020	Stratégies	Principaux intervenants
Produit 6.3.1. Le système unifié de suivi et évaluation est adopté par l'instance nationale de coordination, formalisé et vulgarisé auprès des différents intervenants						
% d'intervenants impliqués dans le circuit de collecte de l'information stratégique et dans le processus de synthèse, d'analyse et de diffusion des résultats						
% de chargés de collecte auprès des différents intervenants ayant les capacités techniques et matérielles nécessaires pour assurer la production et la transmission à temps des données les concernant						
% de chargés de suivi auprès des différents intervenants ayant les capacités techniques et matérielles nécessaires pour assurer l'analyse et la diffusion de l'information stratégique les concernant						
Produit 6.3.2. Un plan de recherche est adopté et conjointement mis en œuvre						
Le plan de recherche répondant au besoin en information stratégique sert de référence aux principales études menées dans le cadre de la nutrition						
Produit 6.3.3. Les principales informations stratégiques en relation avec la situation et l'action de nutrition sont périodiquement diffusées aux différents intervenants						
Les données essentielles nécessaires au suivi et à l'évaluation du présent plan stratégique ont été diffusées aux différents intervenants en nutrition à travers les canaux les plus adaptés						